Tome II. — N° 2 Juillet 1957

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'IMPORTANCE PRISE PAR LE REFLEXE PSYCHO-GALVANIQUE EN NEURO-PSYCHIATRIE

PAR

Louis-S. COPELMAN (Bucarest)

« Longtemps tenue en suspicion, la réalité du phénomène psycho-galvanique est aujourd'hui hors de conteste. »

H. Piéron.

« On sait que le réflexe psycho-galvanique consiste en une réponse rapide à une stimulation à valeur émotionnelle et a été considérablement employé et étudié. Il se présente sous la forme d'un phénomène relativement bref et peut être recueilli, soit comme une chute de résistance, soit sous forme d'une variation passagère du potentiel cutané (effet Tarchanoff). »

Vincent Bloch.

Depuis plus de vingt ans, nous nous sommes attaché à l'étude de la méthode psycho-galvanique. Nous sommes heureux de présenter aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques* une note sur l'importance prise par le problème en neuro-psychiatrie.

Vers la fin du XIX^e siècle, Puyfontaine s'était proposé avec Ruhmkorff de montrer l'influence de la volonté sur les déviations d'un galvanomètre placé à une grande distance. Ils observèrent que, du fait d'entrer en contact avec deux électrodes, liées au galvanomètre, il se produisait en effet des oscillations de l'aiguille galvanométrique. En 1888, Charles Féré reprendra, à la suggestion de Charcot, la méthode de Ruhmkorff et de Puyfontaine : « Je place, écrit Féré, deux électrodes de même diamètre à une certaine distance l'une de l'autre et je fais passer un courant variable pour chaque sujet. Je pratique alors des excitations sensorielles diverses et il se produit une déviation brusque de l'aiguille du galvanomètre qui peut dépasser quinze divisions pour les excitations fortes. »

En effet, la surface cutanée, cet immense champ récepteur, possède une activité électrique remarquable, qui permet de mesurer l'intensité des sensations.

Nous avons employé la technique du Professeur Henri Piéron, sur les plans du Professeur A. Fessard. On place dans le circuit : le sujet, un galvanomètre, une source d'énergie électrique — une pile ou un accumulateur — et un « pont de Wheatstone ». Après avoir établi le contact entre le sujet et le galvanomètre, à l'aide de deux électrodes métalliques appliquées sur les surfaces palmaires, on peut suivre, sur un rigle gradué Bogendorff, les oscillations galvanométriques.

Si le sujet est placé, autant que possible, dans l'immobilité, la résolution musculaire, voire l'indifférence psychique, le galvanomètre traduira, en général, des variations à peine perceptibles. Mais, au moment où l'on vient à provoquer une excitation psychique ou sensorielle de nature affective, il se produit, après une courte période de latence, une oscillation marquée de l'aiguille galvanométrique. De nos premières recherches, au Laboratoire de Psychologie physiologique de la Sorbonne — M. Piéron — il résulte que l'effort intellectuel provoque, au début de l'expérience, une déviation notable de l'aiguille galvanométrique, tandis que l'accomplissement répété du test détermine une moindre diminution de la résistance.

Une excitation auditive provoque, au premier choc, une déviation intense de l'aiguille galvanométrique, tandis que les activités suivantes ne produisent que des variations imperceptibles.

Les changements d'attitude du sujet — ouverture et fermeture des yeux — entraînent, au début, une intense diminution de la résistance électrique, tandis que, par répétition, l'aiguille du galvanomètre ne fournira que des faibles écarts.

V. P. Gouv (Moscou), par l'emploi du galvanomètre à corde, a constaté que la température de la chambre joue un rôle important dans les variations psycho-galvaniques déterminées par la stimulation douloureuse ou le travail mental.

Depuis longtemps déjà, moralistes et philosophes ont cherché à étudier l'émotion par une méthode objective. « Quand l'âme est affectée d'une passion, le corps en partage l'impression. » (d'Alembert et Diderot, *L'Encyclopédie*).

Une des principales questions à résoudre à l'aide du phénomène psycho-galvanique est l'étude de la sensibilité normale et pathologique. En examinant un sujet au point de vue de sa sensibilité, écrivait Véraguth, on se défend toujours de son intellect et de sa volonté. Les résultats obtenus par les méthodes usuelles, sujettes à des éléments subjectifs, sont d'une sûreté douteuse, tandis que le réflexe psycho-galvanique traduit, d'une manière objective, les variations du seuil d'excitation tactile, thermique ou douloureuse.

Le réflexe psycho-galvanique révèle objectivement les changements du seuil d'excitation tactile dans les différentes modalités de la perception sensorielle. Par définition, le réflexe utilise trois phases : une voie centripète, à conduction afférente de l'activité, une phase centrale qui représente le déclenchement du réflexe et une phase centrifuge qui constitue l'influence efférente du phénomène sur les conditions électriques, au point de contact entre les surfaces palmaires et les électrodes.

Les excitations afférentes suivent les voies normales de la conduction pour arriver aux centres.

La plupart des auteurs pensent que le centre de la production du réflexe serait localisé dans la région sous-corticale, tandis que la voie motrice, centrifuge, suivra la voie du nerf sympathique végétatif pour aboutir aux glandes sudoripares. « Les variations de la résistance électrique de la peau seraient liées à l'activité du système sympathique, par l'intermédiaire de l'action des glandes sudoripares. » (Mc Cleary, cité par Vincent Bloch).

Chez le sujet avant subi, dans un but thérapeutique, une sympathectomie cervicale (ablation du ganglion stellaire et du premier thoracique), C.-P. Richter et M. Lewine ont observé que la résistance électrique de la face palmaire des mains a subi, comme on l'avait déjà remarqué chez le singe, une augmentation considérable de la résistance. Pierre Marie et Véraguth avaient d'ailleurs constaté, dans un cas de section de la moelle,

que les excitations de la partie inférieure du corps restent sans effet galvanométrique, tandis que, appliquées sur les parties saines, elles mettent en branle le miroir du galvanomètre.

L'abolition du réflexe psycho-galvanique est constante par suite de l'injection d'alcool dans le ganglion stellaire et la réapparition du phénomène représente le premier signe de régénération.

Chez les malades atteints de *syringomyélie*, nous avons trouvé — avec N. Jonesco-Sisesti — une dissociation des troubles sensitifs ; tandis que l'excitation tactile est perçue normalement, les excitations thermique et douloureuse n'agissent nullement sur le galvanomètre.

Chez les *mélancoliques*, la résistance initiale est dans les limites « normales » ; la réponse aux excitations affectives très faible, tandis que les impressions sensorielles — vue, ouïe, tact — produisent une déviation de l'aiguille galvanométrique, proportionnelle à l'intensité des stimulants.

Ce qui domine l'état psychique des mélancoliques, c'est un sentiment douloureux de diminution de la personnalité, d'incapacité de vouloir, d'agir, de comprendre, d'aimer. Les excitants affectifs entraînent donc une faible déviation de l'aiguille du galvanomètre, par suite d'un affaiblissement du moral, une anesthésie psychologique.

L'importance prise chez les *parkinsoniens post-encéphalitiques* par les troubles végétatifs nous faisait prévoir des perturbations notables de ce phénomène, qui se déclenche essentiellement sous l'influence d'un excitant émotionnel. Il résulte de nos recherches que les parkinsoniens post-encéphalitiques ont une résistance électrique initiale très élevée. Ensuite, que les excitants psychiques par des mots à contenu affectif ne produisent que des déviations galvanométriques très faibles et seulement chez la moitié des malades examinés. Il en est de même des excitants sensoriels, auditifs ou optiques.

Dans l'échelle des malades que nous avons examinés avec G. Marinesco et N. Jonesco-Sisesti, — mélancoliques, catatoniques, schizophréniques, paralytiques généraux —, les parkinsoniens post-encéphalitiques occupent la place la plus inférieure. Cette hypo-affectivité, nous l'avons trouvée d'ailleurs avec A. Kreindler, en employant la technique d'investigation de Rorschach.

Nous nous sommes demandé souvent si ce ralentissement psychique des parkinsoniens était réel ou s'il n'était pas simple-

ment l'effet de la bradykinésie indiscutable de ces malades. Car, en dernière analyse, c'est le mouvement qui nous instruit sur l'activité psychique. Or, l'observation d'un retard dans la déviation de l'aiguille du galvanomètre, au moment du déclenchement du réflexe, ne faisant nullement appel à la participation musculaire, tendrait à démontrer la réalité de la bradypsychie comme trouble parallèle, mais non créé par la bradykinésie.

Dans un récent travail sur l'affectivité sensorielle, H. Piéron nous enseigne : « Les directives de l'affectivité sont données par les centres affectifs, mais les moyens d'exécution sont assurés par les centres corticaux, qui inhibent les réponses déclenchées immédiatement au niveau du diencéphale. Dans les réactions qui manifestent l'existence d'une douleur provoquée, une dissociation est possible entre l'affectivité primaire et l'état d'affectivité générale ; le réflexe psycho-galvanique est, comme je l'ai signalé dès 1910, un signe de réaction émotive, disparaissant par répétition du stimulus douloureux, faisant défaut quand on inflige à soi-même la douleur et apparaissant dès une simple menace, sans que suive la stimulation algique. » (*L'année psychologique*, 1947).

En dernière analyse, la méthode psycho-galvanique constitue un des meilleurs tests d'investigation en endocrinologie et surtout au sujet de l'état affectif des basedowiens (C. I. Parhon, St. M. Milco, Al. Crainicianu). On peut affirmer, chez les basedowiens, une instabilité de l'aiguille du galvanomètre, qui diminue chez les sujets traités. M. le Professeur Simonnet, qui nous avait fait l'honneur d'assister à nos expériences, affirme : « L'instabilité de l'aiguille galvanométrique, ainsi qu'il résulte des travaux de Marinesco, Jonesco-Sisesti et Louis S. Copelman, constitue un signe constant chez les hyperthyroïdiens. » (*Traité de Médecine*, 1948, vol. XIII, page 36).

D'éminents auteurs, comme : Piéron, W. Aubrun, Vincent Bloch, Fulton, Gouv, René Nyssen, Al. Partheniu, Nicolae Petresco, Florin Ulmeanu, Woodworth, etc..., continuent partout dans le monde les travaux sur la méthode psycho-galvanique. Avec nos collègues E. Repciuc, I. Cantacuzène, O. Weiss-Galatzi, I. Zamfiresco et Popesco-Sibiu, nous allons revenir prochainement sur ce phénomène, riche en promesses pour l'exploration du système nerveux.

Résumé

Longtemps tenue en suspicion, la réalité du phénomène psycho-galvanique est aujourd'hui, pour H. Piéron, hors de conteste. M. L. S. Copelman, attaché depuis vingt ans à l'étude de cette méthode d'exploration du système nerveux, nous présente les résultats obtenus chez les syringomyéliques, parkinsoniens post-encéphalitiques, mélancoliques et basedowiens. Il résulte de ces recherches qu'on peut réussir l'examen objectif de la sensibilité, dissocier les réponses aux sensibilités thermiques, douloureuses et tactiles, différencier la bradykinésie de la bradypsychie et apprécier les résultats du traitement médical par les modifications apportées aux oscillations du galvanomètre. M. L. S. Copelman préconise une large application de la méthode, digne de la plus haute importance pour l'étude des différentes formes de sensibilité.

BIBLIOGRAPHIE

Louis S. Copelman. — L'élément affectif à la base du réflexe psycho-galvanique. *L'année psychologique*, 1935, 119-136. — *Les facteurs déterminant le phénomène psycho-galvanique.* Société roumaine de recherches psychologiques, 1936.

Marinesco, Jonesco-Sisesti et L. Copelman. — *Revue neurologique*, 1937, vol. I.

Jonesco-Sisesti et Copelman. — *La presse médicale*, 1940, 44-45.

Louis Copelman. — *L'année psychologique*, 1951, 53-61. — *Orvossi Szemle*, 1957, II, 36-44. — *Revue de pathologie générale et physiologie clinique*, 1957, vol. 685, 119-224. — *Bulletin de l'association des médecins de langue française*, 1957, 7. — *Premier congrès des sciences médicales de Bucarest*, mai 1957, — *Travaux du congrès international Rorschach*, Rome, 1957. — *Congrès international de thérapie*, Utrecht, juin 1957 (sous presse). — *Journées de pathologie et physiologie clinique*, Lyon, mars 1957 (sous presse).

PSYCHOSES AIGUES ET EVOLUTIONS SCHIZOPHRENIQUES DANS UN SERVICE DE 1930 A 1956

PAR

H. EY, C. IGERT et Ph. RAPPARD

Nous n'avons pas l'intention dans ce travail d'approfondir le problème vertigineux des relations des psychoses aiguës et des psychoses chroniques, problème que l'un d'entre nous considère comme le centre même des problèmes psychiatriques.

Nous nous bornerons simplement à mettre en évidence trois faits :

1) Le nombre des évolutions schizophréniques chroniques a diminué de plus de 50 % dans notre service.

2) Le fait de traiter des psychoses aiguës diminue de 50 % leur chronicité.

3) Le fait de traiter des psychoses aiguës à allure schizophrénique diminue d'environ 50 % leur potentiel évolutif.

I) Le groupe des délirants chroniques et des schizophrènes (1) diminue de 50 % dans le service.

Nous avons étudié deux groupes de malades, chacun d'eux constituant la totalité des malades d'Eure-et-Loir entrées pendant 16 ans :

1er groupe de malades entrées de 1921 à 1937 ;

2e groupe de malades entrées de 1937 à 1957.

(1) Nous n'avons pas séparé dans cette étude les délires chroniques des schizophrénies, car les schizophrénies ne constituent qu'une espèce des délires chroniques ; cf. Encyclopédie médico-chirurgicale, et le rapport que l'un de nous doit présenter au congrès de Zurich en septembre 1957.

TABLEAU 1

Groupe des délirantes chroniques et schizophrènes de 1921 à 1937 et de 1937 à 1954
Malades du département d'Eure-et-Loir

Total des entrées	800	Total des entrées	1.350
Nombre de délirantes chroniques et de schizophrènes sorties de 1921 à 1937	20	Nombre de délirantes chroniques et de schizophrènes sorties de 1937 à 1954	70
Nombre de délirantes chroniques et de schizophrènes décédées de 1921 à 1937	150	Nombre de délirantes chroniques et de schizophrènes décédées de 1937 à 1954	80
Nombre de délirantes chroniques et de schizophrènes au 31 décembre 1937	133	Nombre de délirantes chroniques et de schizophrènes au 31 décembre 1954	68
	303		218
Soit 36 %. Dont 6 % de sorties.		Soit 16 %. Dont 31 % de sorties.	

Cette statistique est parfaitement valide et claire. Sa validité repose essentiellement sur l'homogénéité même de la population qui entre dans chaque groupe.

Nous avons en effet éliminé de cette statistique tous les cas de malades étrangères au département, de telle sorte que la masse des entrées peut être rapportée à la masse de la population générale du département, environ 250.000 habitants, sans grand changement depuis 30 ans.

Un autre élément de validité est la longueur considérable de la durée d'observation des malades.

La totalité du deuxième groupe et la plus grande partie du premier groupe ont été suivis personnellement par l'un de nous.

La clarté de la statistique provient de ce qu'elle permet de voir d'un seul coup d'œil :

1° La proportion des schizophrènes dans la masse des entrées.
2° Les probabilités de sortie, de décès et de chronicité dans chacun des groupes.

Ceci montre à l'évidence qu'il y a une corrélation significative entre l'ère thérapeutique du service et l'ère contemplative qui l'a précédée et peut-être préparée.

C'est en tout cas un fait que, au bout de 16 ans, le pourcentage des formes chroniques de l'aliénation mentale comprenant les délires chroniques et les schizophrénies est passé de :

36 % dans la période de 1921 à 1931, à
16 % dans la période de 1937 à 1954.

II) Comparaison de deux groupes d'une cinquantaine de cas de psychoses aiguës de 1929 à 1938 non traitées, et de 1947 à 1949 traitées :

Nous avons voulu savoir ce qu'était devenu, avec un *recul de huit ans* pour chacun des groupes, un groupe de malades ayant présenté des psychoses aiguës, crises de manie ou de mélancolie plus ou moins typiques, bouffées délirantes, psychoses délirantes aiguës, états confuso-oniriques, selon qu'il n'avait reçu pratiquement aucun traitement ou qu'il avait été traité, notamment par les diverses méthodes de choc. Cette statistique se raccorde donc avec celle que l'un de nous a publiée avec Burguet, mais seulement dans les états maniaco-dépressifs (*Annales médico-psychologiques*, 1952, I, p. 214-219).

TABLEAU 2

Evolution de deux groupes de « psychoses aiguës » (1)
Non traitées de 1929 à 1932, et traitées de 1947 à 1949
(avec un recul de huit ans)

MALADES DE 18 A 35 ANS	1929 à 1932	1947 à 1949
Nombre de cas	47	50
Décès (2)	10 21,2 %	3 6 %
Chronicité (2)	21 44,6 %	13 26 %
Périodicité (2)	3 6,4 %	5 10 %
Guérison (2)	13 27,6 %	29 58 %

(1) Psychoses aiguës retenues : manie-mélancolie, confusion mentale, bouffées délirantes.
(2) Dans la période à 8 ans après la crise.

TABLEAU 3

EVOLUTION DES PSYCHOSES AIGUES

I. CAS ENTRÉS DE 1929 A 1930 (47)

A. — *Crise unique*

NOMS	ÂGES	DIAGNOSTIC DE LA CRISE	DURÉE DE LA CRISE	CATAMNÈSE	RECUL
Vas. Marcelle	36 ans	Manie.	8 mois	Guérison	7 ans
Hal. Marie	21 —	Mélancolie.	1 an	—	6 —
Pai. Léone	35 —	—	1 —	—	6 —
Piv. Marthe	30 —	—	1 —	—	5 —
Bau. Madeleine	31 —	—	7 mois	—	6 —
Lem. Eulalie	39 —	—	11 —	Décès	
Bei. Berthe	36 —	—	1 —	—	
Alib. M.-Thérèse	23 —	Bouffée délirante.	1 an	Guérison	6 —
Bou. Andrée	36 —	— —	7 mois	—	6 —
Pés. Lucie	38 —	— —	6 —	—	6 —
Dia. Olga	31 —	— —	10 —	—	5 —
Gal. Marcelle	22 —	— —	11 —	Décès	
Lel. Anne	33 —	— —	10 —	—	
Ant. Lucie	30 —	— —	5 —	—	
Coli. Eugénie	37 —	— —	11 —	—	
Duf. Marie-Rose	40 —	Etat confusionnel.	11 —	Guérison	6 —
Gat. Rolande	18 —	— —	6 —	—	6 —
Lal. Renée	18 —	— —	1 an	—	6 —
Rou. Charlotte	31 —	— —	3 mois	—	7 —
Jar. Joséphine	17 —	— —	10 —	Décès	
Guy. Marguerite	20 —	— —	1 —	—	
Ean. Jeannine	25 —	— —	1 —	—	
All. Cécile	36 —	— —	10 —	—	

B. — *Crises périodiques*

Boi. Germaine	37 ans	Manie.	10 mois	Périodicité
Bon. Clotilde	33 —	Mélancolie.	6 ans	—
Ver. Mathilde	32 —	—	1 —	—

C. — *Crise initiale avec passage à la chronicité*

Gra. Germaine	20 ans	Manie.	6 ans	Chronicité
Ben. Henriette	40 —	Mélancolie.	6 —	—
Car. Emilie	36 —	—	6 —	—
Hav. Camille	40 —	—	6 —	—
Cha. Pascaline	28 —	Bouffée délirante.	6 —	—
Bav. Germaine	40 —	— —	6 —	—
Che. Paule	29 ans	Bouffée délirante.	6 ans	Chronicité
Duv. Marthe	33 —	— —	6 —	—
Déc. Marcelle	29 —	— —	6 —	—
Duv. Léone	26 —	— —	6 —	—
Hal. Pauline	35 —	— —	6 —	—
Rou. Emilie	25 —	— —	6 —	—
Jum. Hélène	40 —	— —	6 —	—
Rol. Francine	30 —	— —	5 —	—
Dor. Jeanne	19 —	Etat confusionnel.	6 —	—
Dab. Renée	27 —	— —	5 —	—
Lay. Marthe	23 —	— —	6 —	—
Mar. Marie	35 —	— —	6 —	—
Gue. Marie	35 —	— —	6 —	—
Bar. Henriette	25 —	— —	5 —	—
Fra. Louise	34 —	— —	6 —	—

II. Cas entrés de 1947 a 1949 (*50*)

A. — *Crise unique*

NOMS	ÂGES	DIAGNOSTIC DE LA CRISE	DURÉE DE LA CRISE	CATAMNÈSE	RECUL
Bob. Arlette	35 —	Manie.	2 mois	Guérison	3 ans
Obé. Eugénie	28 —	—	2 —	—	7 —
Poi. Jeannine	21 —	—	1 —	—	6 —
Ter. Elise	22 —	Mélancolie.	10 jours	—	6 —
Blo. Paulette	28 —	—	1 mois	—	6 —
Bou. Suzanne	35 —	—	1 —	—	6 —
Bou. Geneviève	34 —	—	2 —	—	6 —
Dal. Gilberte	34 —	—	1 —	—	5 —
Gau. Etiennette	37 —	—	1 —	—	7 —
Gir. Yvonne	36 —	—	3 —	—	6 —
Hal. Marie	40 —	—	1 —	—	6 —
Mor. Réjane	21 —	—	3 —	—	7 —
Ne. Lucienne	22 —	—	1 —	—	6 —
Pis. Rachel	32 —	—	1 —	—	6 —
Roc. Amédée	31 —	—	3 —	—	6 —
Sim. Odette	21 —	—	1 —	—	6 —
Siv. Marcelle	40 —	—	1 —	—	7 —
Tou. M.-Thérèse	22 —	—	2 —	—	6 —
Mal. Madeleine	24 —	Bouffée délirante.	5 —	—	7 —
Mou. Lucie	28 —	— —	2 —	—	6 —
Tai. Jeannine	17 —	— —	1 —	—	6 —
Pic. Marcelle	35 —	— —	1 —	Décès	
Lep. Renée	28 —	— —	13 jours	—	
Gas. Solange	23 —	— —	1 mois	—	
Aup. Renée	18 —	Etat confusionnel.	5 —	Guérison	6 —

Biz. Odette	35 ans	Etat confusionnel.	1 —	Guérison	7 —
Dro. Ginette	20 —	— —	2 —	—	7 —
Lor. Henriette	34 —	— —	5 —	—	7 —
Ram. Renée	22 —	— —	3 —	—	7 —
Mal. Marie	43 ans	— —	3 mois	—	5 ans
Cot. Jeannine	19 —	— —	3 —	—	6 —
Meb. Marcelle	27 —	— —	3 —	—	7 —

B. — *Crises périodiques*

Mai. Emilie	28 ans	Manie.	2 mois	Périodicité	7 ans
Hum. Paule	32 —	—	8 —	—	6 —
Led. Marie	40 —	—	2 —	—	7 —
Qua. Suzanne	37 —	Mélancolie.	1 —	—	3 —
Del. Marcelle	27 —	—	7 —	—	1 —

C. — *Crise initiale avec passage à la chronicité*

Tho. Camille	38 ans	Manie.	6 ans	Chronicité	
Bis. Gisèle	18 —	—	7 —	—	
Cou. Micheline	21 —	Mélancolie.	2 —	—	
Coc. Armande	32 —	—	6 —	—	
Ama. Solange	27 —	Bouffée délirante.	5 —	—	
Lon. Jeannine	35 —	— —	6 —	—	
Che. Marie-Louise	19 —	— —	6 —	—	
Dum. Monique	21 —	— —	7 —	—	
Nor. Solange	25 —	— —	6 —	—	
Tac. Andrée	28 —	— —	3 —	—	
Bua. Fernande	32 —	— —	5 —	—	
Isa. Marthe	37 —	Etat confusionnel.	6 —	—	
Hab. Raymonde	43 —	— —	6 —	—	

Annexe du Tableau 3

1930 — 47 cas

Total	Guérison	Décès	Chronicité	Périodicité
Manie 3 cas (6 %)	1 (33 %)		1 (33 %)	1 (33 %)
Mélancolie 11 (23 %)	4 (36 %)	2 (18 %)	3 (27 %)	2 (18 %)
Bouffée délirante 18 (38 %)	4 (22 %)	4 22 (%)	10 (55,5 %)	
État confusionnel 15 (32 %)	4 (27 %)	4 (27 %)	7 (47 %)	
Total des cas : 47	13 (28 %)	10 (21 %)	21 (45 %)	3 (6 %)

1948 — 50 cas

Total	Guérison	Décès	Chronicité	Périodicité
Manie 8 (16 %)	3 (36 %)		2 (25 %)	3 36 %)
Mélancolie 19 (38 %)	15 (79 %)		2 (10,5 %)	2 (10,5 %)
Bouffée délirante 13 (26 %)	3 (23 %)	3 (23 %)	7 (54 %)	
État confusionnel 10 (20 %)	8 (80 %)		2 (20 %)	
Total des cas : 50	29 (58 %)	3 (6 %)	13 (26 %)	5 (10 %)

Le premier groupe (1930) a été choisi de telle façon que les cas n'ont été influencés par aucun traitement biologique ; le deuxième groupe (1948) a reçu systématiquement les traitements de choc.

Par psychoses aiguës, nous entendons les accès maniaco-dépressifs, les états de confusion mentale et les bouffées délirantes tels qu'ils ont été définis dans le certificat de situation à

la sortie. Nous éliminons délibérément l'épilepsie et les crises de l'alcoolisme. Par ailleurs, il nous a semblé utile de choisir des malades âgées de 18 à 35 ans et de grouper les résultats de notre observation en un tableau où sont portées les différentes variétés évolutives (guérison, chronicité, périodicité).

La chronicité de ces cas est généralement du type schizophrénique ou délirant chronique, en ce sens que ce sont des malades dont le tableau clinique s'est transformé en forme d'existence autistique ou délirante systématisée.

Dans deux ou trois cas, il s'agit de formes marginales de passage à diagnostic inextricable entre les formes chroniques de la maniaco-dépressive et de la schizophrénie. En gros, il s'agit de cas entrant dans le vieux concept de démence vésanique.

Il résulte de cette statistique un deuxième fait, c'est que les évolutions psychotiques chroniques de type généralement délirant chronique et schizophrénique étaient de 44,6 % dans le groupe ancien et non traité et seulement de 26 % dans le groupe récent et traité.

Nous pouvons donc peut-être comprendre que la diminution de 50 % des schizophrénies dans le service a quelque rapport avec cette diminution qui approche de 50 % de l'évolution chronique des psychoses aiguës sous l'influence des traitements.

III) Comparaison d'un groupe de psychoses aiguës à allure schizophrénique non traitées et d'un groupe analogue de malades traitées (1) (moyenne d'observation : 12 ans) :

TABLEAU 4

	Groupe non traité (43 cas)	*Groupe traité* (76 cas)
Crises uniques	22 (51 %)	31 (40 %)
Evolution cyclique et schizophrénique (formes mineures des schizophrénies)	6 (14 %)	31 (40 %)
Evolution schizophrénique grave et chronique	15 (35 %)	14 (18 %)

(1) Ces cas posent le problème de schizophrénies aiguës, c'est-à-dire celui de toutes les difficultés empiriques et conceptuelles qui s'attachent à cette notion.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce tableau pour constater que l'évolution spontanée pratiquement non traitée implique 51 % de chances de non-récidive (et sans séquelles notables) et, par contre, comporte 35 % de risques de schizophrénies graves. Or, ce risque tombe à 20 % dans les cas traités, mais il y a lieu de noter que les cas traités ont une tendance à l'organisation schizophrénique à forme cyclique.

Tout se passe donc comme si les traitements (et, par traitements, nous entendons toutes les conduites thérapeutiques qui dans chaque cas particulier ont été employées sans aucune exclusive doctrinale : traitement biologique de choc, insuline, lobotomie neuroplégique, psychothérapie individuelle et collective), comme si les traitements étaient capables d'enrayer le potentiel évolutif schizophrénique sans atteindre radicalement le processus schizophrénique.

*
**

Nous pensons que ce bilan d'une observation clinique et d'une activité thérapeutique systématique permet tout à la fois de prendre acte de la diminution progressive et substantielle de la chronicité de type délirant chronique ou schizophrénique, et de rapporter cette diminution à l'efficacité non point de telle ou telle thérapeutique particulière, mais de la totalité thérapeutique d'un service.

L'ANGOISSE DE DEVALORISATION CHEZ L'ADOLESCENT DELINQUANT

PAR

P. PARROT et Mlle GUENEAU (de Bordeaux)

Nous avons, depuis cinq ans, pu étudier, dans les Centres médico-psychologiques du Sud-Ouest, de nombreux adolescents délinquants. Jeunes filles et jeunes garçons, qu'ils vivent en internat ou dans les foyers de semi-liberté, nous ont semblé présenter cette caractéristique commune : leur vie se déroulait dans l'angoisse, et l'angoisse s'apparentait à un *sentiment de dévalorisation*. Nous avons cru reconnaître dans ce signe plus qu'un trait de caractère, une véritable façon d'exister, manifeste aussi bien dans la personne que dans ses relations avec autrui. Nous avons essayé de retrouver l'origine de cette *angoisse* pour mieux expliciter son contenu et comprendre sa signification.

« L'anxiété est un désarroi vécu dans l'attente poignante d'un danger imminent. Elle s'exprime par les manifestations émotionnelles de l'angoisse... L'anxiété (ou si l'on veut l'angoisse) est donc un " état affectif " qui se rencontre à tous les tournants de l'existence et sous toutes les formes de la condition humaine. » (Henri Ey, *in* « Etudes psychiatriques ») (1). Cette définition ne présuppose dans l'angoisse rien de pathologique. Il peut y avoir une angoisse normale : il y a des angoisses pathologiques, au même titre qu'il y a des émotions ou des sentiments normaux et des émotions ou des sentiments pathologiques. Le problème se pose de faire une distinction. L'angoisse est normale dans la mesure où elle fait partie intégrante de la condition de l'homme.

(1) Les auteurs en arrivent rapidement à ne faire aucune différence entre l'anxiété et l'angoisse : ce dernier terme a l'avantage d'impliquer aussi bien la manifestation physique que le vécu. C'est pourquoi nous l'avons préféré à celui d'anxiété.

J.-P. Sartre affirme dans « L'Etre et le Néant » qu'il n'y a pas de différence chez l'homme entre son « être » et son « être libre ». Il précise que « c'est dans l'angoisse que l'homme prend conscience de sa liberté, ou, si l'on préfère, l'angoisse est le mode d'être de la liberté comme conscience d'être, c'est dans l'angoisse que la liberté est dans son être en question pour elle-même ». Ainsi, l'homme vit dans l'angoisse, ou éprouve de l'angoisse parce qu'il est libre.

L'angoisse apparaît ainsi comme un phénomène métaphysique au sens propre du terme (μετα-φοσις). Mais il n'y a pas d'angoisse pure, il y a toujours une conscience angoissée. Or, les auteurs caractérisent l'angoisse comme étant sans objet, par opposition à la peur qui est toujours peur d'un objet. Husserl nous apprend que toute « conscience est consciente de quelque chose ». Ce quelque chose dans le cas de l'angoisse paraît être la possibilité.

« L'angoisse est la réalité de la liberté comme possibilité offerte à la possibilité. » (Kierkegaard, « Concept de l'angoisse »). Cette possibilité est celle du sujet. Le sujet d'angoisse devant sa propre possibilité. Mais la possibilité n'est jamais unique, il y a toujours des possibilités. Et c'est du tiraillement entre plusieurs possibilités que naît l'angoisse. Le tiraillement extrême est celui qui oscille de l'être au néant. Il peut donc exister une angoisse du néant ; elle existe chez l'homme normal : Sartre écrit en effet que « l'homme est l'être par qui le néant vient au monde », et Heidegger a eu l'intuition que « l'angoisse révèle le néant » (J. Boutonnier).

L'angoisse suppose un conflit. Or, nous savons que ce qui est pathologique, ce n'est pas de vivre un conflit, mais d'être dans l'incapacité de le résoudre De la même façon, ce n'est pas une angoisse du néant qui est pathologique, mais le fait pour la conscience de demeurer dans l'angoisse du néant. On pourrait objecter que l'angoisse d'être — autre terme du tiraillement dialectique — soit aussi pathologique. Mais la fonction de l'être est bien d'être, tandis que le néant, c'est la destruction de l'être. Tout ce qui s'approche du néant suppose pour l'être une désadaptation, une négation de soi-même, dont le terme ultime est le néant lui-même.

« L'angoisse normale se situe sur le chemin de la vie », dit J. Boutonnier. Elle amène en effet le sujet à choisir librement une de ses possibilités et ainsi à réaliser son être. Cette angoisse se situe dans le présent. Elle ouvre des perspectives positives,

même si le point de départ est angoisse du néant, angoisse de mort. Kierkegaard l'a bien senti, en posant le problème de l'angoisse « ayant dans l'esprit et devant les yeux le dogme du péché originel ». Ainsi, lorsqu'il se pose la question de son destin, le chrétien, comme tout homme, entrevoit la possibilité d'une fin de son être avec la mort. Or, il sait, par la Foi, qu'un Sauveur lui donne le Salut et le fait naître à une vie nouvelle qui trouve au contraire son achèvement après la mort charnelle. Son angoisse n'est plus angoisse de mort, elle le conduit à choisir dans sa liberté : la fidélité à Dieu. Par l'angoisse, il arrive ainsi à s'ouvrir à la Grâce et à réaliser son être de chrétien. Son angoisse devient celle de la chute possible qui le couperait de Dieu, mais cette chute est libre : « Il n'y aurait pas de liberté si le choix était déterminé. » (Kierkegaard). C'est dans cette angoisse que le chrétien trouve sa plénitude, car elle est le point de départ de son être racheté. Son angoisse est toujours présente. C'est toujours dans le présent que le choix est à faire. Une vocation est assumée moment par moment.

Si l'angoisse normale est constructive, il semble que l'angoisse pathologique ou névrotique soit au contraire paralysante. « Il nous faut rappeler encore que la névrose nous paraît se caractériser par son caractère destructeur, stérilisant ou paralysant l'activité humaine et faisant obstacle à la vie. » (J. Boutonnier). Elle n'aboutit pas à un choix libre. Au contraire, elle l'entrave, car elle reste fixée à un terme du choix, elle accapare la conscience et bloque ses pulsions. C'est ainsi qu'elle révèle le néant ; il s'opère un décalage de plus en plus grand entre la limite de cette angoisse et la vie qui continue, si bien que l'angoisse devient de plus en plus paralysante. Ce n'est plus une angoisse présente, mais au contraire une angoisse figée dans le passé. Elle se trouve sans arrêt vers un futur lointain, mais garde ses racines dans le passé. Comme l'angoisse normale née de la liberté, elle finit par se dresser contre la liberté et par l'anéantir. Cette forme d'angoisse paraît être celle du coupable qui ne dépasse pas sa faute.

Libre d'agir bien ou mal, il agit mal. Sa conscience est alors comme envahie par cette possibilité passée de choix. La possibilité n'existe plus pour l'avenir et l'individu semble déterminé. Les forces qu'il devrait utiliser pour vivre, il les utilise de façon négative pour bloquer une culpabilité qui l'empêche de vivre.

On peut s'interroger sur l'être. On confond parfois l'être et l'existence. Or, il semble que l'être se fonde sur l'existence, mais

qu'il la dépasse en même temps. Pour exister, il suffit de naître et d'entretenir sa vie d'une façon toute biologique. L'être est plus riche. Il implique l'idée de destin. Chaque existant est dans la mesure où il réalise son destin. Ce destin, il doit le réaliser personnellement pour lui-même, mais en vivant au milieu des autres et dans le temps. Ainsi, chaque individu peut se caractériser par un désir d'assumer son destin. Ce désir, c'est « l'appétit d'être ».

L'angoisse de dévalorisation

Nous pouvons nous attarder sur cet aspect particulier de l'être qui est d' « être-avec ». En réalité, l'être et l'être-avec sont indissociables. Tout être est être-avec.

Ainsi, la pathologie nous enseigne-t-elle qu'une atteinte de l'être entraîne du même coup une atteinte de l'être-avec. L'inverse est également vrai. La dévalorisation peut apparaître comme un cas particulier de l'atteinte de l'être-avec. Le Professeur Bergouignan la définit comme « une destruction qui menace l'existence sociale de la personne » qui « demande à être considérée pour son compte et à être prise en considération » (Gardini).

Les données analytiques insistent également sur ce besoin fondamental pour la personne qu'est l'estime. « L'être humain a besoin de sécurité, d'amour, d'estime, d'innocence, et, par suite, il tend à éviter les tensions et les actions qui engendrent l'anxiété, la culpabilité et la honte. » (Lagache, « Cours international de Criminologie », 1952).

Or, la dévalorisation est justement le manque d'estime. C'est un sentiment éprouvé par la personne, mais dont elle n'est pas l'auteur. L'auteur, c'est l'autre, celui qui juge, qui mésestime. Mais le jugement de l'autre est pour ainsi dire intériorisé, et c'est ce passage de la conscience de l'autre à sa propre conscience qui est source d'angoisse. Il n'y a d'ailleurs pas de démarcation entre ces deux consciences : la conscience du sujet est fortement intriquée dans celle de l'autre, et ce sont les prolongements de la conscience chez autrui qui font la richesse de « l'avec » (être-avec), et, en même temps, sa faiblesse. Il n'y a plus qu'une coexistence. Une atteinte de l'être de la part d'autrui entraîne une atteinte de l'être en soi. Or, ceci semble une réalité fondamentale chez l'homme : Lagache dit également que « la conduite tend à s'adapter progressivement aux exigences de groupes

sociaux auxquels l'individu participe » — l'homme ne peut supporter une atteinte de son être. Parmi ces exigences, il en est qui revêtent une teinte morale, au moins sous la forme de jugement de valeur. L'individu tente également de s'y adapter. S'il ne peut pas, il cherche un autre milieu qui demande d'autres exigences. C'est ainsi que le délinquant devient asocial et qu'il intègre le « gang ». Le mécanisme d'adaptation reste le même ; mais il lui est impossible de vivre uniquement dans ce nouveau milieu. L'adolescent délinquant doit choisir entre deux possibles : l'un normal, l'autre pathologique. Il se sent attiré par le premier, comme tout être humain, mais en même temps rejeté, parce que ce milieu le mésestime. L'autre est dans l'immédiat une solution de facilité, mais ne répond pas à sa nature foncière. Le tiraillement entre ces deux possibles crée une angoisse. Comme l'obstacle semble bien le jugement de dévalorisation, on peut appeler cette angoisse : angoisse de dévalorisation.

Elle est vécue par le dévalorisé comme une crainte perpétuelle. Cette crainte est elle-même issue d'un sentiment d'infériorité, « infériorité qui, dans la sphère psychique, donne lieu à une tension, à une focalisation axée sur le domaine de l'organe déficient » (Dr Shaffer, Introduction à la traduction d'un ouvrage d'Adler). Ici, l'organe déficient, c'est toute la personne en tant qu'elle se sent dévalorisée. Le sujet est polarisé par l'opinion d'autrui et utilise toute son énergie psychique dans ses réactions à cette opinion. Il s'interroge d'abord en présence de quelqu'un : « Va-t-il, lui aussi, me méjuger ? » L'attitude devant autrui est déjà orientée, et, par là-même, faussée. Elle n'a rien de spontané, mais se caractérise d'emblée par une crispation. La rencontre de deux personnes ne peut avoir lieu. Elle est immanquablement vécue comme le rapport d'un juge et d'un accusé. Il semble que l'accusé appelle le juge. Il établit, par sa manière d'être, une demande en quête d'une offre. Suivant la loi fondamentale, celle-ci ne peut qu'apparaître. Encore n'apparaîtrait-elle pas objectivement que le sujet la reconnaîtrait quand même. Il n'est plus actif : on ne peut plus dire qu'il réclame à être dévalorisé, il est dévalorisé.

De la même façon qu'Adler a montré qu'un organe déficient est souvent compensé, ou même surcompensé, on peut dire que le dévalorisé cherche à compenser et à surcompenser l'infériorité qu'il éprouve devant autrui. Ce phénomène ne manque d'entraîner alors des réactions remarquables, le plus souvent inadaptées, qui, de nouveau, attirent l'attention de l'autre. Le sujet se sent

encore tiraillé entre ce qu'il montre et ce qu'il éprouve et veut cacher, entre le paraître et l'être. Tout ceci lui donne le vertige et augmente son angoisse.

Genèse de l'angoisse de dévalorisation

On voit que l'angoisse de dévalorisation manifeste un besoin fondamental d'estime sans lequel l'individu est frustré dans son appétit d'être. Désir d'être et désir d'être estimé ne font qu'un. Cependant, l'angoisse de dévalorisation n'est pas la première angoisse que connaît le sujet qui l'éprouve. « L'angoisse de frustration affective précède, dans l'histoire du développement psychique de l'enfant, l'angoisse de dévalorisation ; on pourrait dire que l'angoisse de frustration affective a, comme champ de prédilection, l'enfance, tandis que l'angoisse de dévalorisation culminerait dans l'adolescence. » (Bergouignan). Il y a tout un cheminement de l'une à l'autre. Spitz a bien montré comment le déplaisir précédait l'angoisse chez le nourrisson, celle-ci n'apparaissant véritablement qu'à la fin de la première année, lorsque la mère est bien reconnue. Sa disparition momentanée causerait la première angoisse dite de « perte de l'objet aimé ». A peu près tous les sujets éprouvent un jour ou l'autre cette angoisse. On peut alors se demander pourquoi les unes revivront toujours une frustration sur un mode angoissant, et les autres la domineront facilement. « C'est le problème de l'immaturité affective, et même, plus généralement, de la différence entre le milieu normal et le milieu pathologique. » (Bergouignan).

On retrouve, chez le jeune délinquant, des besoins affectifs immenses qui n'ont pas été satisfaits durant la petite enfance. Pour ces raisons diverses : foyer désuni, absence du père ou de la mère, mère autoritaire, père trop faible, etc..., ces enfants ont été des mal-aimés. Ils sont rapidement devenus des « abandonniens », suivant l'expression de Cl. Odier, caractérisés par une avidité affective telle qu'elle ne trouve jamais son compte. Ils ne connaissent pas la sécurité intérieure et vivent continuellement dans un état d'insatisfaction. Leur vie affective et psychique parcourt difficilement les étapes normales. Elle ne peut parfois les franchir. C'est ainsi que l'on peut parler d'immaturité affective chez le délinquant, dont un des traits principaux est l'égocentrisme qui en découle. Lagache développe ces caractéristiques : « incapacité à juger d'un problème moral à un point de vue autre que personnel, inaptitude à renoncer à la satisfaction im-

médiate, aux dépens de la sécurité et malgré la perspective d'une sanction » (« Cours international de Criminologie », 1952). C'est dire que le passage à l'acte est bref.

Mais ceci n'explique rien. On ne fait que de simples constatations quand on parle de l'impulsivité de l'adolescent délinquant. On ne voit pas comment il vit pour autant. Mieux vaut comprendre. Car l'abandonné en éprouve véritablement une angoisse. Il a un besoin vital d'affection, qu'il réclame sans cesse sans la trouver. Il va continuer à la réclamer et tous les moyens lui seront bons, qu'ils soient ou non adaptés. On trouve très tôt des conduites qu'on qualifie très vite de masochistes : les enfants difficiles en classe se comportent toujours de façon à s'attirer les punitions. C'est souvent un moyen détourné d'attirer l'attention de l'adulte.

Il existe, d'autre part, chez l'enfant, un besoin vital d'identification. Il est naturellement porté à croire que ses parents ont toujours raison. Donc, si ses parents ne l'aiment pas, c'est lui le coupable. Très tôt, le sentiment de culpabilité apparaît, renforçant l'angoisse. L'enfant carencé affectivement se sent seul face aux difficultés du monde. Il a le vertige devant sa liberté inéduquée. Déjà chargé de culpabilité, il va être amené à se conduire de façon de plus en plus inadaptée, comme pour se prouver qu'il est vraiment coupable. La dévalorisation existe déjà et est vécue comme une angoisse. Elle n'est, en effet, que le prolongement de la frustration affective, et semble exister dès l'instant où l'enfant est conscient de son infériorité. Le dévalorisé se sait tel. Ce n'est donc pas l'acte délictueux qui engendre le sentiment de dévalorisation. Celui-ci, au contraire, précède l'acte. Et plus qu'un sentiment, il est vécu dans l'angoisse. L'adolescent a peur que ce soit l'opinion qui ait raison. Il est tiraillé entre ce qu'on peut penser de lui et ce qu'il a l'impression d'être, si bien que, dans son désarroi, il ne sait plus très bien qui il est.

Quelle sera alors la valeur de l'acte ? Il suffit souvent d'une occasion pour qu'il soit commis. « C'est l'occasion qui fait le larron », dit le proverbe. Le terrain est prêt, il attend la semence. Dès qu'il la trouve, il la cultive. Le délit est rarement commis par un sujet solitaire. N'ayant pu s'identifier à un groupe normal, le jeune pré-délinquant s'identifie à un groupe pathologique, à un « milieu choisi » (de Greeff), où « la faute n'est plus ressentie comme une faute », car il éprouve un besoin intense d'innocence et d'estime. La faute est alors commise en bande. Même si elle est commise d'une façon isolée, elle a la même signification : elle

ne fait que renforcer l'angoisse de dévalorisation, sans rien changer à sa nature.

Mais, avant l'acte, l'angoisse est diffuse ; elle est aussi angoisse devant le présent. Tandis qu'après l'acte, elle a un objet précis : le délit. On voit qu'elle entrave l'individu dans son être. Alors que la vie continue, il est rivé à son acte et incapable de continuer son chemin.

Sartre a décrit, avec son exceptionnelle pénétration psychologique, l'angoisse de l'enfant Genet pris la main dans le sac :

« Quelqu'un est entré qui le regarde. Sous ce regard, l'enfant « revient à lui. Il n'était encore personne, il devient tout à coup « Jean Genet. Il se sent aveuglant, assourdissant : il est un « phare, une sonnette d'alarme qui n'en finit pas de carillonner. « *Qui* est Jean Genet ? Dans un moment, tout le village le « saura... Seul, l'enfant l'ignore, il continue dans la peur et la « honte son tintamarre de réveille-matin. Soudain...

« ...un mot vertigineux

« venu du fond du monde abolit le bel ordre...

« Une voix déclare publiquement : " Tu es un voleur. " Il a « dix ans..... C'est l'instant du réveil : l'enfant somnambule « ouvre les yeux et s'aperçoit qu'il vole. On lui découvre qu'il « est un voleur et il plaide coupable, écrasé par un sophisme « qu'il ne peut pas réfuter : il a volé, il est donc voleur : quoi « de plus évident ?..... Une voix timide proteste encore en lui : « il ne *reconnaît* pas son intention. Mais bientôt la voix se tait : « l'acte est si lumineux, si nettement défini, qu'on ne peut se « tromper sur sa nature. Il essaie de revenir en arrière, de se « comprendre : mais il est trop tard ; il ne se retrouve plus..... « Chassé du paradis perdu, exilé de l'enfance, de l'immédiat, « condamné à se voir, pourvu soudain d'un " moi " monstrueux « et coupable, isolé, séparé, bref, changé en vermine... La honte « du petit Genet lui découvre l'éternité : il est voleur de nais- « sance, il le demeurera jusqu'à sa mort ; le temps n'est qu'un « songe : sa nature mauvaise s'y réfracte en mille éclats, en « mille petits larcins, mais elle n'appartient pas à l'ordre tem- « porel ; Genet est un voleur : voilà sa vérité, son essence éter- « nelle. Et, s'il *est* voleur, il faut donc qu'il le soit toujours, par- « tout : non pas seulement quand il vole, mais quand il mange, « quand il dort, quand il embrasse sa mère adoptive ; chacun de « ses gestes le trahit, révèle au grand jour sa nature infecte : à « tout moment, l'instituteur peut interrompre sa dictée, regar- « der Genet dans les yeux et s'écrier d'une voix forte : " Mais

« voilà un voleur ! " En vain croirait-il mériter l'indulgence en « avouant ses fautes, en dominant la perversité de ses instincts : « tous les mouvements de son cœur sont également coupables « parce que tous expriment également son essence..... »

Observation : Suzy. — Suzy est née à Paris, en 1936, dans un foyer désuni, « pour sauver le ménage ». Son hérédité est chargée : père syphilique et alcoolique. Mère syphilitique. Une grand-mère a été internée. C'est la première enfant, née au bout de deux ans de mariage. Un petit garçon, né quelques années plus tard, devait mourir d'une pneumonie à l'âge de 7 mois.

Pendant ses dix-huit premiers mois, Suzy se développait normalement et donnait satisfaction par sa gentillesse. Sa présence avait l'air de « raccommoder » le ménage de ses parents. Mais la brouille recommença vite et le foyer se dénoua rapidement pour se reconstituer de temps à autre. Sa mère fut obligée de travailler et mit sa fille en nourrice. Elle allait la voir tous les quinze jours en banlieue et ne constatait encore rien d'anormal dans sa conduite. Lors d'une remise du ménage quand elle avait deux ans et demi, on note pourtant que Suzy ne consentait à manger que dans l'assiette de sa mère. Elle semblait vouloir ainsi récupérer l'amour de sa mère dont elle souffrait manifestement de l'absence, ressentie comme un abandon.

Au moment de la guerre, Suzy fut envoyée en province. Elle avait très peur des sirènes et des bombardements. Pour la calmer, quand elle faisait un caprice d'enfant, une monitrice s'employait à la terrifier en rappelant la sirène.

Après la guerre, elle revient chez sa mère, mais elle trouve un beau-père, et, d'elle-même, à peine âgée de 9 ans, elle fait sa valise et part chez son père. Celui-ci n'avait plus de travail. Il vivait dans une mansarde, de temps à autre avec une amie, dont Suzy partageait le lit unique.

Sa grand-mère maternelle la prit chez elle. Suzy rencontrait souvent sa mère qui lui faisait des scènes multiples en lui reprochant d'avoir choisi son père. Les malédictions pleuvaient : « Tu seras telle que lui, une vagabonde, une bonne à rien. »

Un garçon et une fille étaient nés de la seconde union de la mère. Celle-ci faisait de son fils une idole. Le petit garçon était une compensation à toutes les déceptions passées : disputes d'un premier ménage, ingratitude de la fille aînée. Le second ménage, lui-même, était loin d'aller tout seul. Mme X... se rattrapait sur son fils, voulant en faire un « homme » comme elle l'entendait. Suzy entendait toujours vanter le bambin et s'attirait tous les reproches. Elle se montra très jalouse. Un jour, elle prit de la sécotine, enduisit la figure du petit garçon, décousit un édredon et le roula dans la plume. Elle voulait ainsi « couvrir de ridicule ce jeune dieu ». A la suite de cette aventure, et comme elle ne travaillait pas bien en classe (elle avait d'ail-

leurs été envoyée irrégulièrement à l'école), on la conduisit à une consultation de neuropsychiatrie infantile. Une psychologue étrangère pratiqua un test d'intelligence verbale. L'accent de l'examinatrice, la crainte « d'être folle » contribuèrent sans doute à ce que Suzy fût considérée comme une petite débile. On l'envoya alors dans un Centre de rééducation d'enfants arriérés. Suzy fit une identification à ce milieu. Alors qu'elle avait 7-8 ans, elle ressentait déjà comme une infériorité le fait d'être au cours préparatoire. On ne cessait de lui répéter qu'elle était bête, et elle vivait dans l'inquiétude que ce fût vrai. Elle passait ses récréations à faire de la gymnastique, essayant de se revaloriser aux yeux de ses camarades en leur montrant ce qu'elle était capable de faire.

Au Centre, elle acquit la certitude de la débilité, et commença à se comporter comme ses nouvelles compagnes. Elle n'affichait ses conduites de débilité qu'envers ceux qu'elle jugeait responsable de son placement, c'est-à-dire sa famille. Au Centre, elle passait inaperçue. Mais un jour elle fit une fugue avec un jeune peintre qui venait travailler dans les bâtiments. Elle avait 14 ans.

Revenue quelques mois chez elle à sa sortie du Centre, ce sont des querelles continuelles avec sa mère et son beau-père. Elle travaille quelque temps à la librairie de celui-ci. Sa mère, ancienne vendeuse de journaux dans un kiosque, se dit maintenant très « intellectuelle », et ne perd pas une occasion de dominer sa fille. Par réaction d'hostilité, Suzy ne veut plus travailler, devient de plus en plus coquette, multiplie ses aventures sentimentales. Lors d'une rupture avec un « pseudo-fiancé », elle tente de se suicider. Il est difficile de savoir si Suzy voulait réellement se donner la mort, ou si elle faisait du chantage. A l'âge de 12 ans, elle avait déjà menacé de se jeter du 4^e étage, parce que sa grand-mère lui refusait le cinéma.

Sa mère alla porter plainte au commissariat, et déposa une demande de correction paternelle. Après son retour chez elle, Suzy ne fit rien pour éviter que sa mère la « livrât à la police ». Elle abandonnait ses lieux de travail, prenait de l'argent dans la caisse du patron. Elle voulait la pousser à bout, comme pour voir jusqu'où elle irait. Elle ne sentait nulle part aucune affection sincère. Aucune valeur ne pouvait la faire vivre. Elle échappait à la dépression en se réfugiant dans le plaisir. Ses fugues amoureuses ont toujours eu plusieurs significations : fuir la maison, ennuyer sa famille, rechercher l'amour, se prouver qu'elle était arrivée au même degré de déchéance que son père, tous ces composants s'intriquaient intimement.

Après un séjour de quelques mois dans un Centre d'observation, Suzy fut envoyée dans un Foyer de semi-liberté, en province. Bien que le rapport d'observation mentionnât une intelligence normale, l'éducatrice de Suzy fut frappée par sa conduite et la prit pour une débile. Le mot fit son chemin dans la maison, et Suzy s'entendit encore traiter en public de débile, aussi bien par cette éducatrice que par ses camarades. Elle vivait constamment dans la crainte, et son

incertitude déchaînait des fous rires. Elle devint bientôt le « bouc-émissaire » du groupe, cristallisant la haine et l'agressivité de ses compagnes inadaptées. Elle voulait passer le C.E.P. d'adulte, et faire un apprentissage de coiffure. L'éducatrice refusa, et la garda au Foyer jusqu'à ce que Suzy acceptât de travailler dans un atelier. Elle était, une fois de plus, en butte à l'opinion de l'entourage. Elle réagit de sa façon habituelle : dépression et conduite de plus en plus débilitaires. A table, elle faisait des réflexions remarquables : « Une église désinfectée... Le Major Thompson qui voulait épouser Margaret... etc. » Au cours d'un été, elle rencontra un jeune garçon, et un amour authentique naquit en Suzy. Elle ne s'aperçut pas que son « fiancé » lui préférait les parties de rugby. Le garçon était son refuge, sa façon de se sentir supérieure à ses camarades, puisque dans la maison elle était la seule fiancée. Suzy eut, pendant quelques mois, une vie sexuelle très libre ; lorsque la date du mariage approcha, le garçon ne fit que la reculer, et Suzy comprit qu'elle n'était pas aimée. Ses troubles ne firent que s'aggraver.

On voit, chez Suzy, d'une façon assez nette la genèse d'une « angoisse de dévalorisation ». Suzy commence par se sentir mal aimée. Cette frustration affective devient rapidement une angoisse, l'angoisse de l'abandon. Pour l'apaiser, Suzy a besoin de s'accrocher à l'image de sa mère-nourrice en mangeant dans la même assiette. Elle fait une régression, on trouve d'autres indices d'angoisse dès les premières années : la terreur et les fréquentes réactions d'effroi. Il s'agit bien de l' « angor » au sens physique du mot. Suzy est encore jeune pour comprendre le danger. Sa crainte semble sans objet. Elle se sent rapidement coupable de ce manque d'amour. « Je me croyais très méchante et impossible à aimer », dit-elle pendant sa psychothérapie. Les conduites inadaptées font vite leur apparition comme pour réaliser une culpabilité latente : la scène avec le petit frère semble s'expliquer ainsi. Suzy lui en veut d'être le préféré et de lui prendre sa mère. Il y a de la frustration qui motive la conduite. Mais, en même temps, Suzy cherche à montrer qu'elle est en effet détestable par rapport à l'autre enfant. On constate aussi tout un côté spectaculaire qui frappe dans le comportement ultérieur de Suzy. Le placement en institut pour débiles facilite le passage de la culpabilité à la dévalorisation. Mais le sentiment de dévalorisation préexistait déjà dans la mesure où Suzy pouvait passer pour une arriérée et n'arrivait pas à surmonter les accidents fortuits (accent de l'examinatrice). Dès lors, Suzy s'angoisse devant elle-même comme pouvant être la dévalorisée qu'on l'a faite. Toute la manière d'être traduit son angoisse. Son atti-

tude dans le groupe n'est jamais nette, mais toujours en relation avec un accusateur. Lorsque l'accusateur se montre pour une fois indulgent, Suzy éprouve une sorte de jouissance qui n'est pourtant pas une détente. Il y a quelque chose d'impulsif dans son rire. On sent cependant qu'il fuse après un violent contrôle, contrôle dû à la crainte ; l'attitude prend un aspect captatif. Suzy profite de l'instant favorable pour récupérer. La récupération la conduit forcément à des excès et le cycle recommence. Le groupe le sent et en profite. Il l'attire à soi par une bienveillance feinte, et, quand il la tient bien en mains, il la frappe violemment.

Il aurait fallu que Suzy ait la possibilité en arrivant en semi-liberté de se revaloriser. Son éducatrice aurait dû analyser la motivation de ses conduites présentes et comprendre le désarroi qu'elle vivait.

Si Suzy avait passé son C.E.P. et fait l'apprentissage qu'elle souhaitait, elle eût sans doute été sauvée. Son attitude dans le groupe aurait été autre, car il n'y aurait pas eu cette crainte par moments. Son niveau intellectuel (quotient intellectuel 105) pouvait lui permettre de réussir. Une réussite aurait été son salut, car elle lui aurait permis de dépasser ses échecs. Tout dépendait de l'attitude de l'éducatrice. Au lieu de dévaloriser Suzy et d'augmenter par là-même son angoisse en lui rendant la vie impossible au sein du groupe, elle aurait dû, dès le début, ne pas accorder d'importance aux apparences et donner confiance à son élève. Suzy avait besoin de rencontrer quelqu'un qui la comprenne et l'aide à surmonter son incertitude vis-à-vis d'elle-même. Sa manière d'être vis-à-vis des autres serait devenue adaptée. La vie de Suzy aurait été tout autre.

Le rôle « rédempteur » de l'éducateur

Le sujet qui éprouve une angoisse de dévalorisation semble vivre dans un cycle infernal.

L'observation de Suzy révèle un être dont les conduites appellent un jugement défavorable sur soi, lequel jugement renforce la conscience dévalorisée et les conduites résultantes.

Il est satisfaisant pour l'esprit de retrouver dans la frustration affective passée l'origine des troubles du comportement et de l'angoisse vécue. Mais on ne peut effacer le passé. Il reste ce qu'il a été.

La thérapeutique individuelle peut aider le sujet à prendre conscience de son état et des composantes qui l'ont engendré. Les conduites peuvent se trouver déjà modifiées par suite de cette prise de conscience. Mais la psychothérapie des profondeurs ne semble pouvoir réussir qu'à certaines conditions. M. Chazal pense de la rééducation des mineurs délinquants qu'elle doit être un « déconditionnement », un « reconditionnement » et une « personnalisation ». Il songe surtout à la réadaptation sociale en prenant comme critère la suppression des actes délictueux.

On peut envisager la rééducation du délinquant dévalorisé, et même du dévalorisé non délinquant, de la même façon. Le déconditionnement par rapport à son angoisse, le reconditionnement à ses possibilités réelles et positives sont les étapes indispensables à une personnalisation, donc à une guérison. La première étape — ou déconditionnement — est une condition inéluctable. Sans elle, la psychothérapie est vouée à l'échec. Dans le cas du mineur délinquant, le déconditionnement devrait s'opérer de lui-même, par suite de la décision judiciaire, favorable à un placement dans un Centre de rééducation. La coupure d'avec le milieu pathologique s'impose sans doute, dans le traitement de l'angoisse, de dévalorisation, d'une façon aussi impérative que dans le traitement des anorexies nerveuses. Mais la coupure est impuissante si le nouveau milieu s'avère aussi pathogène que le milieu d'origine. Le dévalorisé restera dévalorisé si l'équipe éducative adopte, vis-à-vis de lui, l'attitude de l'accusateur. Le regard dévalorisant ou mésestimant fait l'individu dévalorisé. « C'est la honte ou la fierté qui me révèlent le regard d'autrui, et moi-même, au bout de ce regard, qui me font vivre, non connaître, la situation du regardé. Or, la honte est honte de soi, elle est reconnaissance de ce que je suis bien cet objet qu'autrui regarde et juge. » (Sartre, « L'Etre et le Néant », p. 319). Un éducateur qui regarde son élève à la façon d'un juge ne peut que le maintenir dans son angoisse et fait obstacle au déconditionnement.

L'attitude inverse serait démagogie. L'éducateur n'a pas davantage à « vanter » les qualités de son élève. La négation de ses conduites relèverait d'une relation également fausse.

Il faut que l'éducateur abandonne, en positif et en négatif, l'optique moralisante. Seule doit l'intéresser la personne de son élève. Or, « la responsabilité d'une personne, comme sa culpabilité, ne regardent qu'elle et Celui qui, Seul, peut sonder les reins et les cœurs » (Jean Lacroix, *in :* « Esprit », octobre 1954, sur

« Le Droit »). L'éducateur devrait en être persuadé. Son rôle thérapeutique et simplement humain serait de comprendre et de s'intéresser à la personne de son élève, en tant que personne. Il lui faut analyser les causes de ses conduites, mais, dans ses relations avec lui, ne pas perdre de vue la personne qu'il est. « Paraître confondre l'essence libre de la personne avec ses conditionnements psychiques et sociaux relève d'un psychologisme ou d'un marxisme vulgaires, absolument inadmissibles. » (Jean Lacroix). Les relations entre l'éducateur et l'élève ne doivent plus être celles d'un accusateur et d'un accusé, mais celles de deux personnes. Cela implique, de la part de l'éducateur, une attitude de respect : respect en face de la liberté de l'autre, respect devant tout son être. Ce respect doit entraîner, dans le vécu des relations, une neutralité affective totale. L'éducateur aime ses élèves, mais d'un amour dépouillé d'attaches subjectives et morales. Il les aime pour eux-mêmes, tels qu'ils sont. Ceci est salutaire à l'adolescent. Il ressent toute la qualité de l'intérêt que son éducateur lui porte, plus de jugement — une considération égale à celle qu'il porte aux autres.

Le cheminement, à la fois conscient et inconscient, qui va s'opérer, suit l'inverse de ce qu'il fut dans le conditionnement de l'angoisse, s'effectue d'abord d'une façon négative : l'autre ne me voit plus comme un être déchu — je suis donc un être non déchu. Cette étape est le déconditionnement proprement dit.

Elle est suivie presque d'emblée par la suivante, plus positive : l'autre me voit comme un individu intéressant pour lui-même — je suis donc cet individu intéressant. Cette seconde étape est celle du reconditionnement.

Le sujet est ainsi libéré. Il a maintenant la possibilité de choisir, de construire son être sans être rivé d'une façon stérile par son angoisse. Il peut adhérer à la vie qui continue. Il suit le mouvement du temps ; car il est libéré du passé. Il va pouvoir suivre son destin, en exploitant ses ressources et en bâtissant son avenir. C'est ainsi qu'il sera « personnalisé ».

Dans certains cas — les plus courants — l'attitude de l'éducateur agit à elle seule comme une véritable thérapie. L'élève, voyant qu'il peut se confier, se débarrassera de son angoisse et de son passé. Parfois, les perturbations sont tellement grandes qu'une psychothérapie s'impose. Elle se situe pour ainsi dire par surcroît par rapport à l'action rédemptrice de l'éducateur. La première démarche reste celle de l'éducateur. Le psychothérapeute est le spécialiste, celui qui permet d'aller plus à fond. Il lui est difficile d'aller à fond sans défrichage préalable.

Dans tous les cas, les psychothérapeutes doivent travailler ensemble et reprendre l'un et l'autre la genèse de l'évolution vers la guérison : le thérapeute apportera à l'éducateur des éléments qui l'aideront à comprendre les conduites observées. Mais l'éducateur sera précieux au psychothérapeute en lui révélant le vécu de ses relations avec son élève et le comportement social de celui-ci.

Il semble que l'éducateur ne puisse avoir un rôle de rédempteur authentique si lui-même n'y est pas préparé. Il est humain de se laisser prendre aux conduites d'un élève, il est humain d'avoir ses préférences, il est humain de juger sous un angle moralisateur et subjectif. Pour arriver au stade parfait d'objectivité, il lui faudra peut-être subir une analyse même sommaire de ses propres conduites. Il se dépouillera d'un sur-moi trop sévère qu'il tendrait à projeter dans ses relations avec autrui. Il peut être aidé par son équipe de travail. « En éducation, chacun peut avoir de l'intuition, mais on ne voit clair qu'à plusieurs. Une erreur d'interprétation peut fausser la ligne de toute une existence. » (Docteur Robin).

La tâche vaut la peine qu'on emploie tous les moyens pour la parachever. Le dévalorisé ne peut apaiser son angoisse que s'il rencontre un rédempteur. Sa resocialisation ne se fera qu'à ce prix.

L'ETUDE CHIMIQUE DES CONSTITUANTS DU TISSU CEREBRAL AU COURS DU XIX^{e} SIECLE

Les pionniers français (III)

Théodore-Nicolas GOBLEY (1811-1876)

PAR

Mlle C. CHATAGNON * et P. CHATAGNON

Nous allons évoquer dans ce mémoire la vie et l'œuvre d'un chimiste du XIX^{e} siècle, Théodore-Nicolas Gobley, qui, comme ses contemporains Couerbe et Frémy, s'est penché avec intelligence sur beaucoup de problèmes de chimie biologique.

Dans un précédent travail (1), nous avions développé et tenté d'attirer l'attention sur l'intérêt des travaux originaux de Couerbe et Frémy sur les constituants chimiques du tissu cérébral.

Nous verrons que Gobley a entrepris avec clairvoyance cette étude ardue et nous développerons particulièrement ses travaux remarquables sur la « lécithine ».

Comme Couerbe et Frémy, Gobley a subi la bienheureuse influence des brillants devanciers que furent de Fourcroy et Vauquelin, par l'influence directe exercée sur lui par les propres élèves de ces grands maîtres. Parmi ceux-ci, il convient de citer Chevreul, Pelouze, Robiquet, Robinet et aussi Dumas, pour ne citer que les savants chimistes les plus en vue, héritiers scientifiques du génial Lavoisier.

Ces grands chimistes furent ses maîtres vénérés.

* Chargée de recherches à l'I.N.H.

(1) *La chimie cérébrale au cours du* XIX^{e} *siècle en France.* I. J. Couerbe (1807-1867) ; II. E. Frémy (1814-1894). — L'œuvre sociale de E. Frémy, dans la « Société des amis des sciences ». *Annales médico-psychologiques,* octobre 1954, p. 364-390.

La vie de Gobley fut laborieuse et heureuse, c'est du moins l'opinion largement exprimée par ses amis. Ses écrits scientifiques, courts et précis, sont empreints d'une sérénité paisible, où l'on cherche en vain à voir transparaître les inquiétudes profondes des heures de méditation du chercheur. Le travail semble avoir été accompli sans fatigue et sans heurts. Ah ! combien cette vie heureuse contraste avec les amères, injustes et douloureuses épreuves de Couerbe ! Combien elle contraste aussi avec la vie de Frémy, bien que Gobley ait atteint, comme son majestueux collègue, les plus hauts sommets de la science officielle, comblé de bonheur et d'honneurs !

*
**

I. — Gobley naquit à Paris le 11 mai 1811. Dès sa tendre jeunesse, il était considéré comme un élève modèle. Il se destina à la carrière de pharmacien, fit son stage chez son beau-frère, M. Guérin. Là, il consacrait ses loisirs à l'étude des sciences annexes à la pharmacie. Lorsqu'il se présenta à l'internat des hôpitaux de Paris, il fut reçu sans peine en tête ; bachelier ès lettres, ès sciences physiques, il passa un premier examen de médecine, fut reçu licencié ès sciences physiques et se présenta à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris. Après avoir acquis son diplôme de pharmacien, il s'installa rue du Bac, dans une officine d'excellente réputation, jusqu'alors tenue par MM. Bouriat et Hernandez. Grâce à son activité et à ses qualités d'intelligence, admirablement secondé par sa femme, la maison continua à prospérer. Très estimé de la population environnante, Gobley devint administrateur du Bureau de bienfaisance du quartier, sachant par sa bonté s'attirer la reconnaissance générale pour le bien qu'il prodiguait sans bruit autour de lui.

C'est en 1842 qu'il fut nommé professeur agrégé à l'Ecole de pharmacie où il avait été l'élève de Robiquet, successeur de Vauquelin. Gobley avait épousé la fille de Robiquet. Robiquet tenait son élève en très grande estime. Et ce fut Gobley qui occupa ensuite la chaire de Robiquet. A partir de cette époque, sans abandonner ses activités pharmaceutiques, Gobley semble s'être consacré surtout à sa charge professorale et aux recherches scientifiques. Nous verrons par la suite qu'il s'occupa également activement d'œuvres de charité.

*
**

Nous attribuons un grand intérêt à ses recherches scientifiques. Les principales, résumées dans l'ordre de leurs publications de 1843 à 1876 (date de sa mort), sont les suivantes : un mémoire sur l'élaïomètre, puis ses importantes recherches sur le jaune d'œuf de poule qu'il devait plus tard compléter et qui obtinrent à l'époque la plus enviable des récompenses, l'insertion au Recueil des savants étrangers de l'Académie des Sciences (dont le rapporteur fut Pelouze).

Se succédèrent ensuite, à des intervalles presque égaux, accusant la régularité du travail, des recherches sur la matière cérébrale, sur les œufs et la laitance de carpe, les matières grasses du sang veineux et de la bile, les champignons vénéneux, l'arsenic, le limaçon des vignes, sur les calculs biliaires, les poteries d'étain et les étamages, sur les principes odorants de la Turquette, du fahan et de la vanille, travaux qui le conduisirent à la découverte de la vanilline que Bucholz et Vogel pensaient être identique à la coumarine. Il effectua également d'intéressantes études sur l'ergot de seigle, la constitution chimique de la manne, sur le perchlorure de fer, de même que sur un certain nombre de médicaments galéniques. Il s'attacha à l'étude de l'urée et fit, en collaboration avec Poiseuille, des recherches physiologiques sur ce composé. Parmi tant de travaux poursuivis avec succès, ceux relatifs à l'analyse chimique du cerveau, et les analogies de ses constituants avec ceux que fournissait l'analyse chimique du jaune d'œuf, eurent des résultats très fructueux. Gobley y consacra beaucoup de temps et eut la satisfaction d'aboutir à une véritable découverte.

Dès le début de sa carrière, ses analyses sur les constituants chimiques du jaune d'œuf de poule s'avèrent fondamentales : il extrait un lipide phosphoré qu'il retrouvera identique dans la matière grasse du sang, de la bile et du tissu cérébral. Poursuivant ses travaux sur ces différents tissus, il eut le grand mérite d'établir la composition exacte du complexe qu'il avait isolé et auquel il donna le nom de « lécithine ». Dans ce composé lipidique, la présence du phosphore était indiscutable, et Gobley confirmait ainsi les données antérieures de Vauquelin sur la présence du phosphore comme partie intégrante de certaines substances lipidiques cérébrales. Les résultats de Gobley eurent un grand retentissement ; une étape était franchie dans nos connaissances, puisqu'il apporta les preuves que, par scission du complexe, le phosphore se trouvait en combinaison avec les autres constituants, non sous la forme d'acide phosphorique,

mais sous la forme d'acide glycéro-phosphorique, cet acide même que Pelouze avait obtenu par synthèse quelques années auparavant. Gobley prépara aisément les deux acides gras qui se trouvaient combinés dans la molécule comme esters glycériques par scission hydrolytique. Il rencontra des difficultés pour caractériser le troisième constituant qu'il chercha longtemps avec opiniâtreté. Il reconnut d'emblée qu'il avait affaire à une base en raison du taux d'azote retrouvé. Tout d'abord, il crut à la présence d'ammoniaque, mais les faits lui firent très vite écarter cette hypothèse.

Son incertitude ne fut définitivement levée qu'après que Strecker, en Allemagne, eût découvert la choline dans la bile. A cette époque, Gobley avait déjà publié ses intéressants mémoires sur la « lécithine » du jaune d'œuf de poule, de la laitance de carpe et de la matière cérébrale. Il reprit donc ses travaux sur les mêmes sujets et, beaucoup plus tard, il publia un deuxième mémoire, en 1874, peu de temps avant sa mort, où il affirme et démontre que la base entrant dans la constitution de la « lécithine » est la choline, identique à celle de Strecker extraite de la bile. Il donna alors la formule véritable de la « lécithine », bien que, de son propre aveu, il n'avait pu en préparer des échantillons absolument exempts d'impuretés. Mais il tenait pour certain que c'est la même lécithine que l'on extrait des différents tissus jusqu'alors expérimentés.

Ses contemporains, de même que la postérité lui ont donné largement raison. Nous savons que de nombreux savants étrangers de son époque ont apprécié ses travaux et suivi son exemple. C'est ainsi qu'un élève russe de Hoppe-Seyler, en Allemagne, Diaconow, ayant analysé la « lécithine » préparée à partir du tissu cérébral, prouva, en 1867-1868, que la base obtenue par scission de la lécithine était la choline. A peu près à la même époque, Strecker, qui avait découvert la choline dans la bile, scinda à son tour la lécithine du tissu cérébral en sels de baryum d'acides gras, en acide glycéro-phosphorique et en choline. De son côté, Gobley, qui avait vu et revu, contrôlé sans se lasser ses expériences anciennes en chimiste analyste, selon la tradition de ses prédécesseurs de génie (il ne faut pas oublier qu'il effectua un grand nombre de ses recherches dans le laboratoire de Pelouze), arriva aux mêmes résultats que Diaconow et Strecker. Nous savons que Gobley conduisait toutes ses recherches avec un égal bonheur, une précision et une régularité inégalables. Doué d'une nature d'extrême honnêteté dans l'accomplissement de

tous les actes de son métier, ponctuel, il suivait sans hâte ses expériences, sans jamais hésiter à les recommencer lorsqu'il n'était pas pleinement satisfait, et argumentait ses résultats. Ne voulant rien laisser dans l'ombre, il ne s'attaquait à un problème qu'après avoir mûrement réfléchi qu'une solution valable devait en fin de compte intervenir.

La lecture attentive de ses mémoires au sujet de la « lécithine » révèle les qualités d'honnête homme que nous venons d'indiquer ci-dessus. Malgré la brièveté de ses écrits, où tous les détails superflus sont éliminés pour ne donner au lecteur qu'une impression de clarté et d'ordre, la pensée profonde perce, mais elle est très nuancée, car les hésitations de l'homme, les modifications que tout travail expérimental comporte sont marquées par l'expression ordonnée et la rectitude des écrits.

C'est ainsi que Gobley s'exprime avec netteté et sans ambages lorsqu'il indique qu'il réforme son opinion primitive sur la véritable nature de la base azotée liée dans la molécule de la « lécithine ». Il est heureux d'affirmer qu'il se range à l'avis de Diaconow et Strecker, et que la base de la lécithine, sur laquelle il avait si longtemps hésité à se prononcer avec certitude, est bien la choline. Il en apporte les preuves dans son dernier mémoire après des contrôles personnels. De plus, il est persuadé que la « lécithine » est obtenue et de même composition quelle que soit son origine tissulaire. Cette révélation de l'identité de la composition de cette matière grasse phosphorée, enfin solidement caractérisée dans les différents points des organismes où elle se rencontre, ouvrait la voie à une loi féconde en déductions physiologiques. Parmi tant de titres scientifiques, Gobley venait d'en acquérir un des plus beaux, et l'on ne saurait assez rendre hommage à ses grands mérites.

Avant de développer l'étude des mémoires originaux de Gobley sur la « lécithine » et des autres recherches chimiques sur les constituants du tissu cérébral, tels que cérébrine, cholestérine, etc..., nous voudrions évoquer l'homme lui-même et dans sa famille, et dans son milieu intellectuel, et dans ses occupations sociales, grâce aux témoignages exprimés par ses amis.

Ces témoignages sont surtout ceux du D^r Delpech, un ami de toujours, et du D^r Perrin, de M. Blondeau, de M. Chatin, Directeur de l'Ecole de pharmacie et président de l'Académie de médecine, ainsi que du professeur Chevallier.

La sincérité des éloges du D^r Delpech, lors de ses funérailles, est l'expression même des sentiments de sympathie que ce bon

docteur nourrissait à l'égard d'un grand ami dont il appréciait les qualités morales et intellectuelles. Ce qu'il a dit de Gobley, et nous donnerons de larges extraits de son discours, nous a paru répondre admirablement à ce qu'on peut déceler de lui, dans ses écrits scientifiques, et que nous avons tenté d'exprimer précédemment, car Gobley, extrêmement discret par nature, a laissé beaucoup d'articles, mais très courts et expurgés de tous détails superflus. Il ne laisse subsister dans ses écrits que strictement l'indispensable. Il faut s'attarder à leur lecture pour retrouver la vraie figure d'un homme sensible, qui se dérobe derrière un style limpide, mais presque froid.

Gobley, professeur à l'Ecole de Pharmacie, fut aussi membre et trésorier de l'Académie de Médecine jusqu'à sa mort ; il était aussi membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, membre de la Commission des logements insalubres de la Ville de Paris, membre du Conseil de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale (Comité des arts chimiques), et, dans tous ces Comités, sa voix pondérée faisait autorité. Il faisait également partie de nombreuses Sociétés savantes et il était assidu à toutes les réunions, et, sans fatigue apparente et malgré une santé plutôt frêle, veillait à exécuter sans hâte, mais sans retards, toutes les charges qu'il avait acceptées.

Le Dr Delpech, de l'Académie de Médecine, son ami et le compagnon de sa vie, a su faire revivre à nos yeux « l'homme droit, honnête, laborieux, plein de conscience et d'énergie pour le bien ». Il souffre de sa mort prématurée à 65 ans. Il nous indique que « Gobley avait un abord réservé, quoique doux et bienveillant, semblait d'une santé délicate et presque faible ; mais sous cette frêle enveloppe vivait une âme fortement trempée, douée d'une volonté persistante et tenace, animée d'une ardeur constante pour le travail, toujours poussée en avant par le sentiment du devoir ».

Toute la vie de Gobley reflète ces rares qualités morales et il entra de plain-pied dans les recherches les plus difficiles de la chimie organique. « Travaillant avec suite, avec calme, avec méthode, il a produit un grand nombre de mémoires originaux, de notes, de rapports, de revues, d'articles de Dictionnaires. Beaucoup de ses œuvres sont restées enfermées dans les archives des compagnies pour lesquelles elles avaient été écrites. » Effectivement, nous n'avons retrouvé dans les différentes bibliothèques scientifiques (Faculté de Pharmacie, Faculté de Médecine,

Académie Nationale de Médecine) que les mémoires que nous avons déjà cités, s'échelonnant de 1843 à 1875, mais bien heureusement les mémoires complets sur l'étude de la « lécithine ». Nous avons pu constater, comme l'affirme le Dr Delpech, que « ces mémoires sont courts, substantiels ; ils résument nettement, sans phrases inutiles, des recherches souvent longues et patientes ; on y sent le travail du savant uniquement préoccupé du but qu'il veut atteindre et qui y marche sûrement, sans se laisser distraire par des points de vue de second ordre.

« Parfois, une considération générale, née des entrailles mêmes du sujet, montre que cet esprit si préoccupé des détails de l'analyse savait les comprendre et les classer dans le cadre d'une large synthèse ».

Toutes les publications que nous avons heureusement retrouvées sur la composition chimique de l'œuf des oiseaux et des poissons, de la laitance de carpe, des matières grasses du sang veineux de l'homme, de celles de la bile et du cerveau ont une grande importance physiologique. Ce qui caractérise ces travaux, c'est le soin scrupuleux avec lequel ils ont été faits.

Delpech ajoutait : « Plein de respect pour lui-même et pour la science, Gobley ne s'exposait jamais à annoncer un résultat contestable. Il n'a jamais rien affirmé qu'il ne l'eût vu et revu à plusieurs reprises. Aussi ses opinions garderont-elles pour l'avenir une légitime autorité. » Nous sommes heureux de constater qu'après près d'un siècle, l'élogieuse appréciation du Dr Delpech sur Gobley conserve sa valeur et qu'elle avait déjà à son époque passé les frontières. Thudichum lui-même, ce pionnier génial de l'étude chimique systématique des constituants du tissu cérébral, s'exprimait en ces termes : « Les recherches de Gobley ont apporté beaucoup de lumière sur la nature chimique de la substance cérébrale. »

Cette conscience qu'il mettait dans ses recherches, Gobley l'apportait dans tous les actes de sa vie. « Chargé, comme trésorier et comme membre du conseil, des intérêts de l'Académie de Médecine, il les gérait avec cette sagesse et cette régularité qui le distinguaient en toutes choses ; il en avait fait son œuvre personnelle, et il les entourait d'une sollicitude de tous les instants. »

« D'ailleurs, il se montrait le même dans toutes les compagnies auxquelles il appartenait. Toujours présent à sa place dès l'ouverture des séances et ne la quittant que lorsqu'elles étaient terminées, ne faisant jamais attendre un rapport, s'intéressant à toutes les questions, il apportait dans la discussion cette net-

teté judicieuse, ce bon sens éclairé et fin, ce calme de bon goût, qui étaient dans sa nature. »

Il manifestait son affection et son dévouement à ses amis plus par ses actions que par ses paroles. De même, il était charitable sans ostentation et sans bruit ; pendant de longues années, il s'occupa activement, comme nous l'avons déjà signalé, d'un Bureau de bienfaisance de Paris.

Partagé entre tant d'occupations diverses et épuisantes, il retrouvait avec bonheur son intérieur familial, où « il vivait avec la simplicité d'un sage ». Marié très jeune avec la fille de son maître Robiquet, il avait eu trois filles tendrement aimées et il « avait assuré par des choix réfléchis le bonheur de ses enfants », quand il tomba malade à Bagnères-de-Luchon et fut emporté rapidement par une broncho-pneumonie.

Son vieil ami, le D^r^ Delpech, auquel nous avons emprunté les témoignages écrits, était à son chevet quand il s'éteignit en 1876 à Bagnères-de-Luchon, emporté par une affection pulmonaire aiguë. Tous ses proches qu'il avait mandés en grande hâte étaient accourus et ils l'entouraient de leur grande affection. Le malheur, pourtant, un double malheur, allait frapper cette famille si tendrement unie. Peu de temps avant sa mort, Gobley avait organisé lui-même de son lit une excursion pour ses enfants, au torrent du Lys. Un de ses gendres, M. Duval, le mari de sa plus jeune fille, allait trouver la mort au cours de cette promenade, entraîné dans le gouffre de Bounéou. Gobley étant alors très souffrant, on le laissa ignorer cette terrible catastrophe qui accablait sa famille d'une immense douleur.

Ainsi s'éteignit chez lui, entouré de l'affection des siens, ce parfait honnête homme qui avait conquis l'estime du monde scientifique par la qualité de ses travaux, par l'élévation de son esprit, la droiture de son cœur et l'humilité paisible de sa vie laborieuse.

II. — Analyse des expériences de Gobley sur les lipides cérébraux, en particulier la « lécithine »

Les essais de Gobley sur le tissu cérébral forment un tout avec son étude princeps des substances grasses du jaune d'œuf de poule. Nous ne croyons pas pouvoir séparer les deux études. Pour suivre l'évolution de la pensée profonde de l'auteur, il nous a semblé utile d'énoncer les mémoires dans leur ordre chronologique de parution.

De 1846 à 1874, paraissent successivement : en 1846, « Recherches sur les composants du jaune d'œuf de poule » ; en 1847, « Recherches chimiques sur le jaune d'œuf et examen comparatif du jaune d'œuf et de la matière cérébrale », mémoire présenté à l'Académie royale des Sciences ; en 1850, une étude sur les constituants chimiques des œufs de carpe, et, en 1851, une autre sur la laitance de carpe ; puis, en 1852, un mémoire sur les matières grasses du sang veineux ; en 1856, un autre sur les matières grasses de la bile.

A partir de cette époque, de longues années vont s'écouler ; aucun écrit sur ces sujets si intéressants et si nouveaux ne paraîtra jusqu'en 1874, où deux mémoires, d'ailleurs très courts, mais fort substantiels, prouvent que Gobley n'avait pas abandonné ses recherches dans la voie qu'il avait si heureusement tracée. Comme nous le verrons au cours de leur analyse, ces deux mémoires ont un intérêt de premier plan. Leur titre est, pour l'un, « Recherches chimiques sur le cerveau » ; pour l'autre, « Sur la lécithine et la cérébrine ».

Nous nous attarderons assez longuement sur le travail « Recherches chimiques sur le jaune d'œuf de poule », puisqu'il est le point de départ des études si fécondes sur les substances grasses phosphorées des tissus biologiques et du tissu cérébral en particulier.

Gobley rappelle d'abord brièvement les recherches, en 1811, sur le jaune d'œuf, d'un chimiste allemand John ; de Prout, en 1825 ; de Le Canu, en 1829, qui caractérisa la cholestérine ; de Chevreul, qui étudia les principes colorants du jaune d'œuf. La composition du jaune d'œuf, selon Gobley, est la suivante : eau, matière albumineuse ou vitelline, oléine, margarine, cholestérine, acide margarique, acide oléique, un acide particulier contenant du phosphore et qui n'est autre que l'acide phospho-glycérique, de l'acide lactique et de l'extrait de viande, des sels (tels que ClK, ClNa, phosphate de chaux et de magnésie, etc...), une matière colorante jaune, une matière colorante rouge, une matière organique azotée qui ne paraît pas être l'albumine.

Gobley crut en premier lieu que, dans la matière grasse phosphorée si curieuse, les acides oléique, margarique et phosphoglycérique devaient être combinés avec l'ammoniaque. Nous verrons comment, plus tard, Gobley abandonna cette première hypothèse non satisfaisante scientifiquement et réussit à trouver la vraie formule de la « lécithine », la base du complexe étant la choline et non l'ammoniaque.

Comment Gobley prépare-t-il la lécithine ?

Gobley traite le jaune d'œuf desséché par l'alcool bouillant ou l'éther. La liqueur éthérée ou alcoolique évaporée laisse pour résidu « l'huile d'œuf » et « la matière visqueuse phosphorée ». Il sépare cette dernière par filtration à l'étuve. N'ayant pas donné les détails d'obtention de la « matière visqueuse phosphorée » pour le tissu cérébral, nous supposons que Gobley opérait de la même façon par dessiccation de la matière cérébrale. Le fait important, c'est que la « matière visqueuse phosphorée » du cerveau présente dans sa composition chimique beaucoup d'analogie avec la « matière visqueuse phosphorée » du jaune d'œuf.

La « matière visqueuse » de Gobley possède les caractéristiques essentielles suivantes : elle est sans action sur le tournesol, ne fond pas à la chaleur, mais se boursoufle, à température élevée dégage des vapeurs ammoniacales et laisse un charbon acide. Ce charbon acide doit son acidité à l'acide phosphorique. C'est donc bien dans la « matière visqueuse » que se trouve le corps qui renferme le phosphore. La « matière visqueuse » se divise dans l'eau et forme avec ce liquide une espèce d'émulsion. Elle se dissout dans l'éther sans laisser de résidu sensible. Cette « matière visqueuse » est comme enveloppée d'une matière organique azotée que Gobley appellera plus tard « cérébrine ». La cérébrine se trouve en moins grande abondance dans la « matière visqueuse » de l'œuf que dans la « matière visqueuse » du tissu cérébral. Gobley cherche à connaître les éléments entrant dans la composition de cette « matière visqueuse » ; la tâche est ardue. C'est par actions hydrolytiques ménagées acides et basiques que Gobley put opérer avec fruit la scission de sa « matière visqueuse ». Il déploie toutes ses qualités de chimiste organicien. L'addition d'alcool lui facilita la scission du complexe. Pour séparer le mélange des deux acides gras obtenus, l'oléique et le margarique, il utilisa la méthode de Gusserow, en préparant le sel plombique de l'acide margarique qu'il décomposa ensuite par l'acide chlorhydrique étendu. L'acide gras après cristallisation de l'alcool est caractérisé par son point de fusion. Ainsi, un point important était acquis, mais sous quelle forme se trouvait combiné le phosphore ? Ce fut alors le grand mérite de Gobley de réussir expérimentalement, par une analyse indirecte, à démontrer que l' « acide phosphoré » de la matière visqueuse diffère de l'acide phosphorique. Le sel de chaux de l' « acide phosphoré », qu'il a préparé à partir de la matière visqueuse, correspond à l'acide glycéro-phosphorique. Tous les doutes de

Gobley sont levés, puisque la formule du sel formé est identique à celle du glycéro-phosphate de chaux préparé par synthèse par Pelouze. Et Gobley s'interroge : « Comment expliquer la présence de l'acide phospho-glycérique sans admettre que l'acide phosphorique enlève à une portion de la margarine et de l'oléine toute leur glycérine pour former de l'acide phospho-glycérique et des acides oléique et margarique ?

« La quantité de glycérine, que l'on trouve en combinaison avec l'acide phosphorique, paraît être en effet celle qui manque aux acides gras pour les constituer corps gras neutres. Ce fait, qui nous est fourni par la nature, vient à l'appui de l'opinion émise sur la constitution de la margarine et de l'oléine, qui seraient du margarate et de l'oléate de glycérine. »

Dans sa publication « Examen comparatif du jaune d'œuf et de la matière cérébrale », si Gobley examine et compare les produits de scission de la substance grasse phosphorée de la matière cérébrale et du jaune d'œuf, pour bien réaffirmer qu'il y retrouve les mêmes constituants, il répond aussi aux critiques formulées par l'académicien Sacc sur son premier mémoire. En effet, Sacc soutenait « que le phosphore se trouve dissous dans l'huile d'œuf, et que l'acide phospho-glycérique s'y forme par l'oxydation du phosphore au contact de l'air ». Pour réduire à néant et bien démontrer le mal-fondé des propos de Sacc, Gobley exécuta un grand nombre de patientes et méticuleuses expériences en opérant ses analyses à l'abri de l'air — il en décrit longuement les protocoles — et démontra aisément que l'air n'apportait pas de modification sensible dans la constitution de la « matière visqueuse ». Les corps obtenus dans ces conditions avaient les mêmes propriétés et possédaient les mêmes réactions.

A côté de ces tracasseries qui lui firent perdre certes beaucoup de temps, un point obscur important tourmentait Gobley : il n'avait pas jusqu'alors abouti à une explication satisfaisante concernant la totalité des constituants réels de ce curieux complexe. A la réflexion, il considéra comme inadmissible sa première supposition : « Cette matière visqueuse constitue-t-elle réellement un savon ammoniacal comme je l'avais admis ?... » En dosant l'ammoniaque, ce qu'il n'avait pas fait lors de ses premiers essais, il en trouve fort peu et, dit-il, « la quantité de cette dernière était vraiment trop faible pour pouvoir admettre qu'elle constituât les acides oléique, margarique et phospho-glycérique à l'état de sels ammoniacaux... ». Donc, par des expériences complémentaires, Gobley s'assura que les trois acides oléique,

margarique et phospho-glycérique ne préexistaient pas dans la « matière visqueuse », d'où il abandonna définitivement sa première conception trop hâtivement énoncée. Il reconnaît avec simplicité : « Je n'ai pu jusqu'à présent obtenir le corps phosphoré à l'état de pureté. Je ferai de nouvelles tentatives pour y parvenir, car je désire beaucoup déterminer sa nature exacte et faire connaître ses propriétés. »

A côté du corps phosphoré, Gobley a retiré de la « matière visqueuse » une autre substance grasse azotée, mais ne devant pas contenir de phosphore à l'état de pureté. Il compare cette substance à l' « acide cérébrique » de Frémy ; son taux est trouvé très supérieur dans la « matière visqueuse » du tissu cérébral à celui que l'on obtient dans celle du jaune d'œuf. L'analyse chimique n'a pu être effectuée à cause du peu de substance préparée.

Ce mémoire fut présenté à l'Académie des Sciences où Frémy prit la parole. Nous rapportons chacune de ses observations, car elles furent à l'origine d'une large discussion de la part de Gobley dans un mémoire ultérieur à propos de nouvelles recherches chimiques sur les œufs de carpe.

Les observations de Frémy sont les suivantes :

« Les recherches intéressantes de M. Gobley me paraissent conduire aux deux conséquences suivantes :

1) Les corps gras du jaune d'œuf contiennent de la graisse cérébrale.

2) L'acide phospho-glycérique, dont on doit la découverte importante à M. Pelouze, peut prendre naissance dans la décomposition de l'acide oléo-phosphorique.

Je suis heureux de constater ici que mon travail sur le cerveau a permis à M. Gobley de caractériser nettement les substances grasses phosphorées contenues dans le jaune d'œuf, et que l'analogie que j'avais établie entre les acides oléophosphorique et sulfoléique se trouve confirmée par le travail de M. Gobley.

J'avais démontré, en effet, que l'acide sulfoléique pouvait éprouver deux dédoublements différents, et donner, en se décomposant, soit de l'acide sulfoglycérique et un acide gras, soit de l'oléine et de l'acide sulfurique. Dans mes recherches sur le cerveau, j'avais indiqué dans quelle circonstance l'acide oléo-phosphorique se transformait en oléine et acide phosphorique ; à cette époque, l'acide phospho-glycérique n'était pas encore découvert ; il restait à démontrer que l'acide oléo-phosphorique pou-

vait aussi se dédoubler en acide oléique et en acide phosphoglycérique : c'est ce que vient de faire M. Gobley.

On voit donc que les deux acides sulfo-glycérique et phosphoglycérique, obtenus par M. Pelouze en traitant la glycérine par les acides sulfurique et phosphorique, se produisent ici dans des circonstances semblables. »

On demeure perplexe en lisant ces remarques dénaturant si manifestement la vérité sur les résultats expérimentaux de Gobley. Frémy était-il sincère dans ses déductions ou bien était-il assez aveuglé par la vanité des honneurs et la vanité de sa propre science pour ne pas discerner que ses affirmations étaient fausses par rapport aux conclusions logiques découlant des essais de Gobley ? Vers la fin du XIXe siècle, Thudichum, en rendant hommage à la valeur des travaux de Gobley, exprimait une opinion sévère à l'égard des observations de Frémy que nous venons de rapporter ci-dessus. Thudichum disait : « Ces affirmations tout à fait fausses de la note du rapporteur ont effacé à l'époque, aux yeux du public savant français, la valeur originale du travail honnête de Gobley, provoquant une opinion injuste et accablante pour ses travaux. »

Il est en effet très regrettable que des escamotages analogues à celui dont fut victime Gobley de la part de Frémy puissent se produire et peser parfois très lourdement sur la carrière d'honnêtes et valeureux travailleurs ! Hélas ! nous pensons au sort injuste qui accabla à peu près à la même époque le chimiste Couerbe dont nous avons tracé la douloureuse carrière dans un précédent mémoire.

Les réponses de Gobley aux observations de Frémy sont, comme nous l'avons annoncé, incluses dans le mémoire suivant intitulé « Recherches chimiques sur les œufs de carpe ». Gobley, élargissant son expérimentation sur la « matière visqueuse », donne le nom de « lécithine » à la substance grasse phosphorée déjà étudiée dans les précédents mémoires et celui de « cérébrine » à celle qui ne contient pas de phosphore.

La raison du choix de ces deux noms, c'est que Gobley désirait marquer une distinction entre ces corps et ceux que Frémy avait nommés « acide phospho-oléique » et « acide cérébrique ». En même temps, Gobley réfutait le point de vue de Frémy, selon lequel l'acide glycéro-phosphorique répondrait à la formule générale de l'acide oléo-phosphorique de Frémy.

La controverse et la réfutation (au moyen d'expériences analytiques trop longues à rapporter) de ce qu'avait avancé Frémy

au sujet du précédent travail de Gobley furent de la part de ce dernier conduites avec une extrême courtoisie, mais avec fermeté. Gobley fait remarquer que « rien n'est plus facile que de tomber dans l'erreur relativement à ce genre de réaction : la « lécithine » du jaune d'œuf, ou des œufs de carpe, ou du cerveau n'a jamais fourni par scission que des acides margarique, oléique et phospho-glycérique et non de l'acide phosphorique et des corps gras neutres, tandis que Frémy a obtenu, avec de l'acide oléophosphorique de l'oléine et de l'acide phosphorique ».

Le compte rendu de ce mémoire, qui avait été présenté à l'Académie Nationale de Médecine, fut fait par MM. Guibourt, Chevallier et H. Gaultier de Claubry et nous en citons quelques phrases : « Diverses substances, et en particulier les matières grasses, qui jouent un si grand rôle dans l'organisation et la nutrition, méritent plus particulièrement d'être examinées avec un soin particulier. Leurs faciles transformations, leur existence dans le sang et dans un grand nombre d'autres produits, justifient toutes les tentatives que l'on a faites depuis quelques années, dans le but d'en mieux apprécier l'influence et le développement.

« On ne saurait trop encourager les travaux qui tendent à faire mieux connaître leur nature et leurs effets, et, sous ce point de vue, le travail que M. Gobley a présenté à l'Académie, et qui forme la suite de ses recherches antérieures sur le jaune d'œuf de poule, mérite un intérêt particulier. On doit savoir très grand gré à l'auteur de s'y être livré, et ce doit être pour lui un encouragement à l'étendre aux diverses classes d'animaux ; des rapports mieux établis ou des différences plus caractéristiques en seront la conséquence, et leur auteur recueillera, à n'en pas douter, la récompense offerte toujours aux travailleurs patients et consciencieux dont les travaux, pour avoir moins d'éclat que beaucoup d'autres, n'en offrent souvent que plus d'utilité réelle. »

Deux ans plus tard, Gobley publia un mémoire sur les matières grasses du sang veineux, « qui ont la plus grande analogie avec celles que l'on rencontre dans le jaune d'œuf de poule, le cerveau... ». Gobley y retrouve de même la « lécithine », la « cérébrine ». Il parle de la « cholestérine » que Boudet y avait découverte et décrit comment, grâce aux énormes quantités de sang utilisé, il put analyser les cristaux de cholestérine qui étaient identiques à ceux extraits du cerveau, du jaune d'œuf de poule et des calculs biliaires. Quatre années plus tard, paraissait un mémoire sur les matières grasses de la bile, où Gobley retrouvait toujours la « lécithine ».

Puis, il y eut une longue période de silence sur ces sujets. Gobley effectuait d'autres travaux sans relation directe avec la biochimie. Pourtant, en 1874, Gobley publiait à nouveau deux études : l'une concernait des recherches chimiques sur le cerveau, l'autre traitait plus particulièrement de la « lécithine » et de la « cérébrine ».

L'abandon, même momentané, d'un sujet si important au point de vue physiologique, et si difficile à démêler au point de vue chimique, n'était qu'apparent. La lecture attentive des deux derniers mémoires révèle que Gobley dut faire sans interruption des analyses sur les composés lipidiques de tissus variés et appartenant à des espèces animales très différentes. Il n'avait pas livré ses recherches à la postérité parce que ses résultats n'apportaient pas à ses yeux des faits absolument nouveaux. Nous relevons la phrase suivante : « J'ai rencontré, dit-il, la lécithine dans un grand nombre de substances animales, et même chez les animaux dont l'organisation est la moins élevée (ortie de mer, astérie, oursin, méduse, actinie, etc...) », ce qui prouve qu'il cherchait si la présence de ces substances phosphorées se retrouve dans tout le règne animal, et si également elle ne pourrait pas se retrouver dans les plantes. Gobley interroge : « La lécithine est-elle réellement de nature animale, car jusqu'à présent aucune graisse phosphorée n'a été signalée dans les végétaux ? » Gobley entrevoyait beaucoup de recherches futures !

L'étude des constituants chimiques du cerveau fut celle à laquelle Gobley s'intéressa le plus vivement à la fin de sa carrière, en homme soucieux d'apporter, grâce à la chimie, une aide efficace pour mieux interpréter les faits physiologiques. Il définissait le cerveau ainsi : « Organe principal de la sensation et centre commun des actions nerveuses, agent puissant des manifestations de l'intelligence et de la volonté, le cerveau était forcément destiné à devenir un sujet d'études et de recherches. Tandis que les anatomistes et les physiologistes s'efforçaient, en creusant les détails de sa conformation, d'expliquer ses fonctions mystérieuses, les chimistes analysaient sa substance et en démontraient la composition exceptionnelle. »

Voici les constituants fondamentaux du tissu cérébral selon Gobley :

« 1) Le tissu cérébral contient 80 % d'eau.

« 2) Il contient deux matières albuminoïdes, l'une soluble dans l'eau qui ne diffère pas de l'albumine, l'autre qui est inso-

luble dans ce liquide et pour laquelle j'ai proposé le nom de " céphaline ". »

Nous faisons remarquer que le nom proposé par Gobley ne fut pas retenu ; les composés appelés de nos jours " céphalines " sont des composés différents de la substance de Gobley, qui aurait été effectivement une matière protéique sur laquelle nous ne possédons aucun détail.

« 3) Que la matière grasse du cerveau est formée principalement de cholestérine (1/10 de la masse), de lécithine (5,5 %) et de cérébrine (3 %). »

Le nom de " cérébrine " utilisé par Gobley avait été donné par le chimiste allemand Müller pour un composé azoté ne contenant pas de phosphore. La cérébrine est analogue à la matière blanche de Vauquelin, à la « cérébrote » de Couerbe et à l' « acide cérébrique » de Frémy. La description par Gobley des détails du mode d'obtention de la « cérébrine » et des propriétés de cette substance permet de penser que c'était un mélange de cérébrosides avec des impuretés de paramyélines et amidomyélines. « La matière grasse du cerveau renferme en outre des traces d'oléine et de margarine. »

« 4) Que le cerveau renferme les sels ordinaires de l'économie (1 %) et les matières extractives dont les unes sont solubles dans l'eau et dans l'alcool, et les autres solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool (1,5 %).

« 5) Que le cerveau contient également de l'inosite et de la créatine (constaté par Müller) ; de la xanthine (constaté par Schérer), etc...

« 6) Que pendant la putréfaction, la pulpe cérébrale fournit des produits acides, parmi lesquels on trouve les acides oléique, margarique, phospho-glycérique et phosphorique. »

Cet exposé, mieux que tout commentaire, résume la somme des connaissances de cette époque, et Gobley avait l'esprit ouvert à tous les échos scientifiques d'au-delà nos frontières. En effet, un grand essor d'expérimentations en biochimie allait s'amplifiant non seulement en France, mais en Allemagne.

En 1874, après une vie de dur labeur, Gobley faisait le point de ses acquisitions scientifiques. Avec des phrases courtes, très claires, nous allons voir qu'il apporte simplement sa part très honorable de résultats positifs en biochimie cérébrale : c'est-à-dire l'établissement de la constitution chimique définitive de la « lécithine », dont il était sûr, après tant d'efforts et de batailles.

Dans ces deux derniers mémoires, Gobley rappelle en toute

honnêteté les apports de ses prédécesseurs français (de Fourcroy et Vauquelin), de ses contemporains français (Couerbe et Frémy) et de ses contemporains étrangers. Parmi ceux-ci, nous citerons les savants allemands M. O. Liebreich, Strecker, Diaconow, parce que leurs travaux reposent sur des sujets très voisins de ses propres recherches. Gobley nous apprend qu'il a reproduit les expériences de ces savants après leurs publications, postérieures à ses propres recherches. C'est en quelque sorte un contrôle de ses propres travaux et des travaux d'autrui. Ses jugements mûrement réfléchis, contrôlés avec rigueur par l'expérimentation, sont empreints d'une honnêteté rigide. Nous n'hésitons pas à transcrire ce que Gobley écrit à propos du « protagon » de Liebreich qu'il considère comme un mélange de lécithine et de cérébrine.

« Le présent travail a pour but de confirmer mes premières études, de fixer mieux la composition de la lécithine et de la cérébrine, et d'établir quelles sont leurs relations chimiques avec les différents corps qui ont été signalés par quelques observations dans les substances organiques d'où je les avais extraites.

« J'ai indiqué plus haut quel était l'état de la science en ce qui concerne la lécithine, lorsque M. O. Liebreich, de Berlin, annonça en 1866, la découverte, dans la matière cérébrale, d'un principe immédiat contenant du phosphore et de l'azote, auquel il donna le nom de " protagon ", lequel avait, entre autres propriétés, celle de donner, après 24 heures d'ébullition avec de l'eau de baryte, de l'acide phospho-glycérique, des acides gras, et une base organique particulière, à laquelle il donna le nom de " névrine ".

« Consulté à cette époque sur ce sujet, par M. le Professeur Gavarret, pour les savantes leçons de physique biologique qu'il fait chaque année, avec tant de succès, à la Faculté de Médecine, je n'hésitai pas, après quelques expériences faites sur le " protagon ", à lui affirmer que cette substance ne constituait pas un principe immédiat, que le " protagon " était surtout formé de deux corps distincts que j'avais étudiés dans le jaune d'œuf et la matière cérébrale, et que ces deux substances étaient la " lécithine " et la " cérébrine ". M. le Professeur Gavarret a bien voulu consigner ces observations dans l'important ouvrage qu'il a publié, et qui a pour titre : " Physique biologique ". Les recherches faites depuis par plusieurs chimistes ont confirmé, en effet, les résultats que je lui avais annoncés.

« Quant à la " névrine ", les expériences ne tardèrent pas à démontrer que cette substance était un produit du dédoublement de la lécithine.

« La découverte de la " névrine " appela bientôt sur ce corps l'attention des chimistes. M. Dibkowsky constate, en 1867, que cette substance se rapproche beaucoup de la choline découverte par M. Strecker, en 1861, dans la bile, et, en soumettant ces deux corps à un examen attentif, il reconnut qu'ils étaient identiques. Les analyses de ces deux substances s'accordent en effet, et les chloroplatinates de ces bases sont représentés par la même formule. Les chloroplatinates de ces bases cristallisent de la même manière et possèdent les mêmes propriétés.

« Dans cette même année 1867, M. Baeyer démontre que la " névrine " est une base oxéthylénique, qu'elle représente de l'hydrate d'oxéthylammonium et qu'on peut en obtenir la synthèse.

« Dans le même moment, M. Wurtz obtient artificiellement cette substance en faisant réagir la triméthylamine sur le glycol chlorhydrique. Il compare le sel qu'il a obtenu avec celui que M. O. Leibreich a préparé en l'extrayant de la matière cérébrale et constate l'identité complète de la " névrine artificielle " et de la " névrine naturelle ". M. Wurtz reconnaît encore non seulement que le chlorhydrate d'hydroxéthylène-triméthylammonium est identique avec le chlorhydrate de névrine, mais encore que ces deux sels, transformés en chloroplatinates, fournissent des cristaux parfaitement identiques par leur forme, leur solubilité dans l'eau et leur insolubilité dans l'alcool. Il propose alors, et avec juste raison, de conserver à la névrine le nom choisi par M. Strecker, le chimiste qui le premier l'a découverte dans la bile, et par conséquent de remplacer le nom de névrine par celui de " choline ", ce qui a été adopté par la science.

« M. Strecker a depuis confirmé de son côté l'identité de la névrine et de la choline.

« Enfin, j'ai démontré, dans ces derniers temps, qu'en présence de l'ammoniaque, la lécithine fournissait de l'acide phosphoglycérique, de la choline et de la margaramide. »

De même, Gobley avait reproduit les expériences de Strecker et Diaconow, c'est-à-dire l'extraction de la choline, de la bile et celle de la choline comme produit de scission de la lécithine.

Gobley pouvait donc conclure en pleine sérénité : « De toutes les recherches qui ont été faites jusqu'à présent sur la lécithine, il résulte que cette substance peut être considérée comme un sel à base de choline, et bien qu'elle n'ait pas été obtenue pure jusqu'à présent, ainsi que nous l'avons dit, nous croyons qu'il est

possible, d'après les produits de dédoublement qu'elle fournit, de la considérer comme formée de :

$$C^{86}H^{84}AzPhO^{18} \quad \text{en effet :}$$

$$\underset{\text{lécithine}}{C^{86}H^{84}AzPhO^{18}} + \underset{\text{eau}}{3H^2O^2} = \underset{\text{ac. oléique}}{C^{36}H^{34}O^4} + \underset{\text{ac. margarique}}{C^{34}H^{34}O^4} +$$

$$\underset{\text{ac. phospho-glycérique}}{C^6H^9PhO^{12}} + \underset{\text{choline}}{C^{10}H^{13}AzO^4}. \text{ »}$$

Les phrases de Gobley, mieux que tout commentaire, ne font-elles pas ressortir, par leur sobriété et leur clarté, la simple et grande droiture de l'homme soucieux de vérité et aussi sa courtoisie envers autrui.

Nulle vie scientifique ne fut plus dignement et plus pleinement remplie que celle de ce chimiste au talent sobre et de ce savant d'une haute tenue morale. Théodore-Nicolas Gobley fut aussi un homme très bon dans la vie familiale et un homme de bien dans sa vie sociale. Il consacra ses heures de loisir à soulager les misères humaines qu'il côtoyait à son Bureau de bienfaisance. C'est ce que nous avons essayé de montrer dans notre étude.

Nous avons également tenté de faire revivre dans son milieu professionnel cet éminent analyste tout imprégné des idées maîtresses de Chevreul et de Pelouze sur les corps gras et la glycérine, l'esprit tendu vers les données physiologiques de la chimie qui s'éveillaient alors en ce milieu du XIX^e siècle et allaient faire éclater les conceptions statiques antérieures et ouvraient l'ère féconde de la biochimie.

Si, dès 1812, Vauquelin avait attiré l'attention du monde savant sur l'existence de substances grasses phosphorées dans le tissu cérébral, c'est seulement avec les travaux de Couerbe, Frémy et Gobley que plus de lumière fut faite en France en ce domaine.

La découverte de la lécithine dans le jaune d'œuf, puis dans le cerveau, dans le sang, la bile, etc..., prouvant l'existence de ces lipides phosphorés dans différents tissus et humeurs de l'organisme vivant, marque une date capitale que l'on ne saurait sous-estimer, ni oublier. Gobley eut l'immense mérite de découvrir et d'expliquer clairement la très étroite relation de la structure chimique de la lécithine avec les graisses proprement dites.

C'est en partant de ces données que les difficultés purent être vaincues, après que Gobley eut fermement établi par l'expérimentation que les produits de scission de la lécithine étaient des acides gras (margarinique et oléique), l'acide glycéro-phosphorique et une base : la choline. Comme dans les graisses, il s'agit

d'esters glycériques de très hauts acides gras, mais la lécithine dérive de diglycérides, où le groupe hydroxylique libre de la glycérine est estérifié avec l'acide phosphorique, la base azotée (la choline) étant fixée à l'acide phosphorique par une liaison ester.

Les résultats des patientes recherches de Gobley ont jeté les premières bases solides de la chimie des glycéro-phosphatides.

Laboratoire central de Biologie de l'Hôpital de Maison-Blanche par Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.)

BIBLIOGRAPHIE

1. T. N. Gobley. — Recherches chimiques sur le jaune d'œuf (1^er mémoire) insérées dans le Recueil des mémoires des savants étrangers, sur le rapport de MM. Chevreul, Dumas et Pelouze. *Journal de pharm. et de chimie* (1846), t. 1, 81-161.
2. T. N. Gobley. — Recherches chimiques sur le jaune d'œuf (2^e mémoire). Examen comparatif du jaune d'œuf et de la matière cérébrale. *Journ. de pharm. et de chimie* (1847), 409 et 412.
3. T. N. Gobley. — Recherches chimiques sur les œufs de carpe. *Journal de pharm. et de chimie* (1850), t. 17, 401, et t. 18, 107. Rapport sur ce travail de MM. Guibourt, Chevallier et H. Gaultier de Claubry. *Bull. Acad. Méd.* (1850), t. 15, p. 471.
4. T. N. Gobley. — Recherches chimiques sur la laitance de carpe. *Journal de pharm. et de chimie* (1851), t. 19, 406.
5. T. N. Gobley. — Recherches chimiques sur la matière grasse du sang veineux de l'homme. *Journal de pharm. et de chimie* (1852), t. 21, 241.
6. T. N. Gobley. — Recherches sur la nature chimique et les propriétés des matières grasses contenues dans la bile. *Journal de pharm. et de chimie* (1856), t. 30, 241.
7. J. L. W. Thudichum. — *Die chemische Konstitution des gehirns des menschen und der Tière.* Tubingen, Verlag von Franz Pietzcker (1901).
8. J. F. John. — *Chemische Schriften,* vol. 4, n° 31, p. 228, et *Zoochemische Tabellen,* T.I.A. (1814), p. 12.
9. O. Liebreich. — *Ann. Chem.* (1864), 134, 29.
10. Diaconow. — Les corps contenant du phosphore des œufs de poule et d'esturgeon. *Med. Chim. Nuters.* (1868), N. 14, p. 221, et *Central Med. Wissenschr.* (1868), N. 1, 7-28. — Sur la lécithine. *Rech. méd. chim.,* cahier 3, art. 34, p 405-444.
11. Sacc. — *Ac. Sc.* Comptes rendus (1847), 22, 649. Cité par J. L. W. Thudichum.
12. Strecker. — Isolement de la lécithine de l'œuf. *Acad. Münich* (1869), 2, 269.
13. T. N. Gobley. — Sur la lécithine et la cérébrine. *Journal de pharm. et de chimie* (1874), 4^e série, t. 20, p. 98-103.
14. T. N. Gobley. — Recherches chimiques sur le cerveau. *Journal de pharm. et de chimie* (1874), 4^e série, t. 19, p. 346-354.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance ordinaire du lundi 24 juin 1957

Présidence : M. A. BOREL, président

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le président fait part du décès du Dr R. Got, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Navarre, d'Evreux (Eure), membre correspondant national de notre Société depuis 1935, et du professeur E. de Craëne, de Bruxelles, membre associé étranger de notre Société depuis 1925.

Il exprime ses condoléances aux familles des disparus et à l'Université libre de Bruxelles.

COMMUNICATIONS

Quelques indications précieuses de la covatine N. 68

par MM. P. Bour, E. Lemaire et J. Petitjean

Très intéressés par la publication de MM. P. Belot et Ph. Decourt, relative à l'essai de la covatine (1) ou N. 68 sur le comportement inhibé de certains chevaux de course (2), nous avons dû à l'obligeance des auteurs de pouvoir faire un essai systématique du médicament en thérapeutique humaine. Quelques déductions encore modestes et tout empiriques, tendant à préciser les conditions d'emploi et les meilleures chances d'efficacité de ce nouveau produit, paraissent pouvoir être tirées des 119 cas observés, qui réunissent des syndromes très disparates rencontrés aussi bien à l'intérieur de l'hôpital psychia-

(1) Nom français d'un dérivé du benzhydrol (sulfate de parabutyl-mercapto-benzhydryl-méthyl-aminoéthyl) commercialisé seulement encore au Danemark (lieu d'origine), en Belgique et en Suisse.

(2) Cf. biblio.

trique qu'au dispensaire ou au cabinet d'une consultation de médecine générale.

1) *Mode d'utilisation :*

La voie intra-musculaire essayée dans quelques cas au début de l'expérimentation a dû être rapidement abandonnée, tant en raison des réactions d'irritation locale possibles, que des réactions générales (moins bonne tolérance sans efficacité supérieure), et dans l'ensemble des cas rapportés, le médicament fut administré *per os* sous forme de petites dragées de 50 mgr. aux doses moyennes de 150 mgr. *pro die* à prendre le matin de préférence (aucun effet hypnotique) et sans que soit dépassée la dose quotidienne de 300 mgr.

2) *Bilan des investigations cliniques :*

A) Résumé de quelques observations parmi les plus frappantes :

Observation 1. — Mme P..., 60 ans, est conduite par sa famille après de multiples hésitations à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant, pour un syndrome névrotique obsessionnel avec idées de suicide. L'internement est réalisé dans une véritable atmosphère de panique : la fille adopte en partie les idées délirantes de la malade (« ce nom de Saint-Venant ça a toujours été sa hantise depuis qu'elle est jeune, etc... »), on est obligé de la séparer énergiquement de la mère au pavillon d'admission. Les jours suivants, coups de téléphone répétés au bureau et bientôt, au troisième jour, visite en masse de la famille : deux sur quatre des filles mariées, Mmes L... et N..., avec les gendres, nous circonviennent en vue de retirer la mère (en traitement et déjà apaisée). Cette dernière était censée n'accepter jamais se faire soigner dans ces conditions... ; c'est en apercevant, de la voiture, à l'entrée du village, la pancarte « Saint-Venant », qu'elle fut « retournée » et opposée à son admission : il fallait donc la transférer à Bailleul, etc... Après avoir longuement parlementé en vue de calmer l'anxiété des filles (pour le plus grand contentement des gendres), et tout en prenant conscience du fait qu'il n'était guère possible d'espérer venir à bout de la névrose de la mère sans rompre ce consortium familial névrotique (3), nous parvenons à obtenir un sursis de huit jours, durant lequel chacune des quatre filles pourra prendre une dose quotidienne de quatre dragées de covatine. Une semaine plus tard — la mère entre-temps avait été soignée par chlorpromazine et narco-analyses, elle avait envoyé chez elle de ses bonnes nouvelles, — le tableau familial est complètement modifié ; sont présentes à la visite : deux filles de la malade, Mme M... seule, Mme N... avec son mari. Celle-ci nous remercie des « petits comprimés rouges ». Ses deux sœurs, Mme D... et Mme L... (absentes), ainsi qu'elle-même, s'en sont très bien ressenties : elles sont moins préoccupées de l'internement de leur mère. Seule, Mme M... (abandonnée depuis trois ans par son mari) n'a pas voulu prendre de comprimés : elle est restée anxieuse et, seule, elle récrimine — quoique

(3) Solidement installé depuis quatre ans (depuis qu'à la mort de son mari, la mère était venue habiter successivement chez chacune de ses filles mariées).

mollement — sur l'hospitalisation de sa mère. Fait plus intéressant encore et tout à fait inattendu : Mme L... ressent une telle amélioration dans son état psychologique depuis l'absorption des premières dragées qu'elle emprunte pour prolonger sa cure la provision destinée à Mme M... (a pris 200 mgr. pendant six jours) et demande à se faire suivre par nous au dispensaire. Là, nous apprenons qu'elle était tourmentée de longue date par des idées de jalousie morbide dont le médicament, prétend-elle, l'a presque totalement délivrée. Elle nous demande une nouvelle provision au moment de la sortie de la mère (très améliorée, mais qui revient prématurément s'installer chez elle, contrairement aux prescriptions médicales, qui prévoyaient une post-cure) et fait une seconde cure (cette fois 150 mgr. pendant sept jours). Ici, moins d'efficacité en raison de la contamination par la mère, imparfaitement guérie, mais pas de retour des idées de jalousie. La mère en convalescence, qui se préoccupe pour ses filles, reçoit à son tour de la covatine (200 mgr. pendant cinq jours), s'en trouve bien et peut reprendre son travail : l'atmosphère familiale s'est détendue.

Observation 2. — M. P..., 34 ans, contremaître dans les mines, marié, deux enfants, délire de jalousie tenace (avec énumération des rivaux arbitraires qu'il s'ingénie à épier, etc.), ayant nécessité l'internement. Il est suivi à sa sortie en psychothérapie (narco-analyses). A titre adjuvant, et devant l'acuité des symptômes, le N. 68 lui est administré (150 mgr. pendant quinze jours). On n'assiste qu'à une faible atténuation du délire, mais son comportement au travail est nettement plus détendu ; nous citons ses propres paroles sur l'effet des dragées : « Avant, je me disais, m..., j'ai perdu vingt tonnes de charbon, je vais me faire engueuler, et maintenant, quand il arrive un pépin, je ne m'en fais plus, j'ai plutôt le réflexe d'auto-défense. »

Observation 3. — Mlle Ch..., 24 ans, ancienne schizophrène ameliorée par insulinothérapie, présentant à sa sortie de l'hôpital psychiatrique une débilité légère, une épilepsie résiduelle (contenue par 10 cgr. de gardénal) et des désordres caractériels notoires au sein de sa famille (père et belle-mère) avec en particulier des idées de jalousie tenaces à l'égard de la servante de ses parents. La covatine est administrée lors d'une première cure ambulatoire au dispensaire à dose décroissante (250, 200, 150, 100 mgr. les quatre premiers jours, puis 50 mgr. les quatre jours suivants) avec un résultat spectaculaire. Les parents reviennent après quinze jours, enthousiastes. demandant une nouvelle provision du produit (dont nous devions encore être économe). En effet, les idées de jalousie reprennent lorsqu'on cesse le médicament. Une seconde cure (doses *idem* à la première), puis une troisième (aux doses de 150 mgr. pendant quinze jours) ont entraîné une disparition complète et durable (depuis plus de trois mois), des idées de jalousie. Concomitamment, trois narco-analyses, avant, pendant et après la troisième cure, ont réduit les troubles caractériels.

Observation 4. — M. S..., 27 ans, mineur, éthylique, jaloux et brutal à l'égard de sa femme, internée d'office à Saint-Venant pour un état dépressif avec sidération affective et idées délirantes de culpabilité et de suicide. Forte anxiété du mari au sujet de l'internement de sa femme, qu'il conteste; conflit avec la belle-famille ; il va vivre chez son père et revient dès la première semaine à l'hôpital psychiatrique pour revoir sa femme qui refuse

de le recevoir et, d'ailleurs, ne serait nullement en état de profiter de sa visite. Nous lui proposons, pour l'apaiser, 250 mgr. par jour de N. 68 pendant quatre jours, et lui impocsons comme condition du revoir de sa femme, un sevrage absolu en boisson alcoolisée ; il accepte, reste sobre et absorbe le médicament aux doses prescrites. Le résultat est excellent, il peut revoir sa femme, sans inconvénients pour celle-ci, quinze jours après la cure. Une seconde cure serait, sans aucun doute, à lui conseiller à la sortie en vue de favoriser une atténuation du conflit qui l'oppose à sa belle-famille.

Observation 5. — Mme B..., 27 ans, mariée, deux filles, internée pour une bouffée délirante à teinte mystique avec troubles du cours de la pensée, précédée par des idées de jalousie. L'ensemble du syndrome cède au traitement (chlorpromazine et narco-analyses), mais il persiste une crainte morbide de retourner avec son mari qui l'attend (elle l'avait dénoncé à la police au début de l'épisode délirant). Une cure de covatine est entamée après trois mois d'hospitalisation (250 mgr. pendant cinq jours) : résultat encourageant : elle finit par réclamer sa sortie. Le mari, 30 ans, très ébranlé à la suite des alternatives de retour affectif puis d'attitude réticente de sa femme à la fin de ses visites, dès qu'il parlait d'un retour à la maison, bénéficie largement lui aussi d'une brève cure de covatine (200 mgr. pendant quatre jours), qui « l'aide à patienter ».

Observation 6. — Mme Fl..., 29 ans, ménagère, surmenée par les soins qu'elle donne à ses six enfants, est prise d'une panique au cours d'une épidémie de grippe qui sévit dans sa famille ; craint de tomber malade elle-même ; auto-dépréciation ; 100 mgr. de covatine lui sont administrés pendant dix jours ; dès le troisième jour, elle retrouve son calme et soigne ses malades avec l'énergie requise.

Observation 7. — Mme G..., 28 ans, mariée, hypothyroïdienne, frigide, « incomprise », présente, loin de son mari, sous-officier de carrière, des épisodes dépressifs avec insomnie et faux-angor. Echec des essais contrôlés de traitement endocrinien. Excellents résultats d'une cure de covatine (100 mgr. le matin pendant dix jours), sans rechute depuis plus de sept mois.

Observation 8. — Mlle D..., 65 ans, angor grave avec perturbations du tracé électro-encéphalographique ; accès presque quotidiens avec découragement accentué. On adjoint au traitement classique une dragée de covatine à 50 mgr. le matin et à midi en trois cures successives de dix jours dans l'espace de deux mois. Les résultats très satisfaisants se font sentir aussitôt, non seulement par une stabilisation de la malade sur le plan psychique, mais par un espacement appréciable des accès.

Observation 9. — Mme Cl..., 50 ans, directrice d'école, présente un état dépressif avec syndrome entéro-rénal (cystite à colibacilles), palpitations, nervosité, le tout accentué par les soucis liés aux devoirs de sa charge, et par la crainte de voir se cancériser des écrouelles présentées par elle à l'âge de 40 ans. Le traitement par le N. 68 (50 mgr. matin et midi pendant dix jours) donne d'excellents résultats et une stabilisation durable de l'état psychique.

Observation 10. — M. V..., 54 ans, homme de lettres, assez sthénique en temps ordinaire, ressent plusieurs échecs avec exagération. Suit deux cures successives de N. 68 (100 mgr. pendant dix jours), qui l'aident à redonner leur proportion exacte aux événements qui l'avaient perturbé : résultats excellents et stables depuis plus de huit mois.

B) Schématisation des résultats obtenus dans les 118 observations (4) d'après les éléments diagnostics.

1) *15 excellents résultats* parfois spectaculaires, en règle durables) :

idées morbides de jalousie (3 cas).
cancérophobie (1 cas),
dépressions simples et motivées, avec crainte de l'avenir (3 cas),
surmenage intellectuel (avec ou sans irritabilité) (2 cas),
angor vrai (2 cas) (améliore le psychisme),
faux angor (1 cas),
nervosisme avec amplification des difficultés (3 cas) comportant chacun des perturbations somatiques surajoutées (5).

2) *55 résultats nettement satisfaisants* dans :

idées de jalousie (2 cas),
délire de jalousie (après l'internement (2 cas),
cancérophobie (4 cas),
angor vrai (+ état dépressif) (2 cas), faux angor (4 cas),
scrupule (1 cas),
timidité, craintivité (avant épreuves du permis de conduire (2 cas),
trac, palpitations, hyperémotivité devant situation imprévue (3 cas),
pusillanimité, nervosisme, inquiétude immodérée devant les difficultés (7 cas),
dépressions à la suite de contrariétés motivées (25 cas), telles que :

une affection somatique mal supportée chez le malade lui-même (6 cas) (des cénestopathies du cuir chevelu chez un tuberculeux, un asthme doublé de coliques hépatiques, un mal de Pott abcédé, trois tuberculoses anciennes dont deux séquelles de pelvi-péritonite),

un traumatisme (accident de la voie publique) (1 cas),
décès du mari (2 cas), départ du mari (1 cas),
éthylisme du mari (1 cas),
décès d'un fils (un autre : tuberculose du genou) (1 cas),
départ ou mariage du fils (3 cas),
colère du père, déception sentimentale (1 cas),
mari amputé + enfant, asthme rebelle (1 cas),

(4) Un cas témoin n'avait pas pris les dragées qui lui avaient été remises.
(5) L'un avec urticaire et eczéma, l'autre avec vomissements épisodiques au cours d'une grossesse, le 3e avec hyperthyroïdie et sueurs profuses.

cédation d'une ferme + hyposystolie (1 cas),
absence de logement pour sa sortie (mari tuberculeux) (1 cas),
demande de retraite prématurée (1 cas),
départ en hospice avec abandon des meubles (syndrome de catastrophe de Daumézon (1 cas),
internement de la mère (2 cas),
internement de la femme (1 cas),
absence de nouvelles de la mère, chez caractérielle impatiente de sa sortie (1 cas),
dépression simple après surmenage (défaut de concentration + cénestopathies) (1 cas),
hypocondrie (1 cas),
épilepsie avec instabilité caractérielle (1 cas).

3) *25 résultats douteux ou médiocres :*

psychasthénie (3 cas),
névrose d'angoisse (3 cas) et anxiété simple (2 cas),
névrose obsessionnelle (3 cas),
hypocondrie (4 cas) (dont un cas avec hallucinose),
délire de persécution (2 cas),
nervosisme, hyperémotivité (2 cas) (dont une hypomanie),
instabilité caractérielle (enfant gâtée) (1 cas) ;
érotomanie (1 cas),
épilepsie + instabilité caractérielle (1 cas),
absences épileptiques + scrupule (1 cas),
narcolepsie (1 cas),
erreur d'indication (tr. subjectifs d'un Pott à son début) (1 cas).

4) *23 résultats nuls ou négatifs :*

mélancolie (2 cas),
schizophrénie (2 cas),
délire de persécution avec hallucinations (2 cas),
délire de jalousie (1 cas),
confusion mentale suivie d'idées de persécution (1 cas),
hypomanie (1 cas),
impulsions délirantes + céphalées et troubles circulation cérébrale (1 cas),
névrose obsessionnelle (3 cas),
névrose d'angoisse (1 cas) et anxiété *sine materia* (1 cas),
faux angor (1 cas) et dystonie neuro-végétative (1 cas),
crises névropathiques + eczéma (1 cas),
vomissement incoercibles de la grossesse (1 cas),
épilepsie avec gros troubles caractériels (1 cas),
hémiplégie avec découragement, larmes faciles (1 cas),
sclérose en plaques (1 cas),
pouls lent permanent (1 cas).

Conclusions

1) La tolérance au médicament dans l'ensemble s'est montrée excellente (6). Aux faibles doses utilisées, aucun accident n'a été observé au cours de l'expérimentation.

Comme incidents, nous signalerons : quelques malaises somatiques (3 cas de douleurs gastriques dont un avec nausées ; une légère diarrhée ; 3 cas de céphalée, dont l'un succédant à des accès migraineux antérieurs ; une recrudescence de l'incoordination cérébelleuse dans l'observation de sclérose en plaques ; 2 cas de somnolence). Du point de vue psychique, 4 cas de recrudescence de l'anxiété avec palpitations ont incité à suspendre le traitement ; de même, l'apparition d'une certaine excitation psychique, en règle modérée contemporaine (10 cas) ou consécutive (2 cas) à l'administration de covatine — déjà signalée par Fouks — nous a conduit à interrompre la cure, les troubles cédant alors spontanément, ou à l'administration de doses modérées de chlorpromazine.

2) Ses contre-indications : absolues : les états d'excitation ; relatives : les psychoses (réserve faite du rôle correcteur et tonifiant, antérieurement signalé comme intéressant au décours des cures prolongées par la chlorpromazine).

3) Ses avantages : Une fois précisées les conditions d'utilisation du médicament, il nous reste à souligner son innocuité aux doses que nous sommes amenés à conseiller, à savoir deux à quatre dragées dans la matinée (100 à 200 mgr.) pour une cure brève de dix jours à renouveler seulement en cas de récidive. Son action rapide s'exerce le plus souvent dès les 48 premières heures, de sorte qu'en l'absence de résultats favorables au-delà du cinquième jour, il ne nous paraît guère utile d'insister.

4) Ses indications : Devant les récentes audaces de la chimiothérapie, qui risqueraient demain, par leur multiplicité même, d'encombrer l'arsenal du psychiatre, l'observateur se doit surtout de circonscrire, pour chacune d'entre elles, les limites de son aire d'efficacité.

C'est pourquoi, loin de présenter le N. 68 comme une nouvelle panacée, nous précisons tout de suite que ce produit n'apporte aucune révolution dans le traitement des psychoses, voire des névroses, pas plus qu'il ne s'agit là du médicament de l'anxiété.

Ses indications précieuses et relativement limitées nous sont apparues comme des surprises de l'expérimentation.

A) A l'hôpital psychiatrique (20 cas), si le médicament nous a rendu de précieux services, ce n'est pas — sauf exception — au cours du traitement de fond des psychoses (7) ou des névroses, mais bien plutôt

(6) Supérieure à celle des amphétamines.

(7) Où des essais peu concluants avaient déjà été tentés par Fouks, puis Leyritz (cf. biblio.).

après la cure en vue de faciliter la réadaptation. Ainsi, avons-nous pu voir s'amenuiser de façon sensible, au décours d'un épisode aigu, des idées de préjudice, de jalousie ou de découragement qui eussent retardé ou compliqué singulièrement la sortie.

Dans d'autres cas, après plusieurs années d'internement, le caractère trop souvent tragique (8) d'un réveil à la vie réelle a pu être quelque peu atténué par l'administration de covatine. Enfin, c'est dans l'entourage familial immédiat des malades que le N. 68 nous a fourni sa principale indication ; que ce soit auprès du conjoint ombrageux ou découragé, des enfants anxieux ou des parents préoccupés, nous avons vu combien de fois le médicament avait permis de redresser les réactions psychologiques négatives au fait même de l'internement.

B) C'est surtout aux consultations (98 cas) de neuro-psychiatrie, voire de médecine générale, que le médicament s'avère être d'un usage courant et d'une efficacité précieuse, en particulier :

dans les cas d'idées de jalousie morbide (sans délire systématisé), de cancérophobie, d'angine de poitrine ou de faux angor, chez certains surmenés timides ou scrupuleux, enfin dans la légion des petits épisodes dépressifs (sans note mélancolique) motivés par des contrariétés objectives, mais dont les sujets s'exagèrent l'importance.

Ici, nous rejoignons les idées de Ph. Decourt qui, dans l'observation princeps, oppose les chevaux « Tison bleu » et « Sudra » (9), handicapés occasionnellement, seulement en compétition, sur lesquels la covatine produit un effet durable ; à « Flic », dont l'hyperémotivité habituelle (10) réapparaît à l'interruption du traitement. De même, en thérapeutique humaine, nous avons relaté des résultats supérieurs chez les sujets relativement normaux, occasionnellement perturbés par une épreuve à gros retentissement psychique que sur les sujets présentant une anxiété constitutionnelle.

C'est conclure que nous serions volontiers portés à considérer dans son ensemble la covatine comme un « psychotonique décontrariant » s'appliquant à dégonfler le parasitisme idéique orchestrant si souvent et si stérilement nos réactions aux épreuves de la vie courante. Si les médecins ne veulent pas se priver d'un aussi précieux adjuvant, peut-être entendrons-nous un jour le vocabulaire moderne se modifier de la façon la plus réaliste... et l'expression « n'te fais pas de la bile pour rien » se trouver remplacée par « mets ces trois dragées dans ta poche, tu les prendras demain matin ».

(8) Sur 18 femmes mariées sorties de l'hôpital psychiatrique après plus de cinq années d'internement, 10 d'entre elles ont dû apprendre que leur mari les avait abandonnées.

(9) Dont il qualifie « d'agapactique » le comportement.

(10) Avec son déclenchement immédiat par voie réflexe et humorale des complexes adrénaliniques.

BIBLIOGRAPHIE. — Fouks, Laine, François, Pagot : Note sur les médications récentes des états névrotiques anxieux et dépressifs. *Annales médico-psychologiques*, avril 1956, séance du 19 mars. — Fouks, Laine, François, Pagot : La correction des effets secondaires des médications dites neuroleptiques. *Annales médico-psychologiques*, avril 1956, séance du 19 mars. — P. Belot et Ph. Decourt : Etats psycho-névrotiques chez des chevaux de course. Leur traitement par un narcobiotique, le N. 68. *Annales médico-psychologiques*, juin 1956, séance du 28 mai. — P. Belot et Ph. Decourt : Effets du N. 68 sur des perturbations psychiques d'origine instinctive chez des chiens. *Annales médico-psychologiques*, juin 1956, séance du 28 mai. — Leyritz, Le Bézu et Azoulay : Etat dépressif avec obsession résistant au largactil ; guérison rapide par la covatine N. 68. Résultats moins heureux dans 15 cas différents. *Annales médico-psychologiques*, décembre 1956, séance du 26 novembre.

A propos de quatre-vingts malades chroniques traités successivement en cures longues par chlorpromazine, puis réserpine. Comparaison des résultats. Meilleure action de la réserpine dans les syndromes hypomaniaques, par MM. P.-A. Lambert, M. Toulet, A. Diederichs et J. Lemonnier.

La chlorpromazine et la réserpine ont suscité de nombreuses publications. Il semblerait donc inutile de revenir sur cette question s'il n'apparaissait qu'avec le temps ce facteur primordial de l'action de toute médication, des précisions complémentaires ne puissent être données concernant les indications respectives de ces deux neuroleptiques dans le traitement des maladies chroniques.

Du point de vue historique, la présente étude s'est trouvée constituée de la façon suivante. La chlorpromazine étant apparue la première, un certain nombre de malades a été traité par cette drogue. Ce n'est que secondairement, en présence des échecs ou des cas insuffisamment améliorés après plusieurs mois de traitement que l'on a eu recours à la réserpine. Il s'agit donc d'une étude comparative, qui d'ailleurs place la réserpine en position défavorable, et non d'une expérimentation croisée. Nous tiendrons compte également, dans l'appréciation des résultats, de certains facteurs qu'il nous faudra négliger dans ce texte, étant donné le cadre restreint de cette étude. Il s'agit de l'environnement, des interventions psychothérapiques associées, des modalités fines du traitement, etc...

C'est donc sur un plan très général que l'on peut dire que l'ensemble des malades fut traité comme il suit. Le largactil a été appliqué en moyenne plus de dix mois. Les doses utilisées ont varié de 100 à 800 mgr., le plus souvent par voie orale, la dose optima étant recherchée dans chaque cas individuel. Quant aux traitements par réserpine, leur durée dépasse sept mois et les doses quotidiennes varient de 2 à 25 mgr. avec moyenne usuelle à 5 mgr. 4, l'administration se faisait chez la moitié des malades par voie parentérale.

Les résultats seront comparés en fonction des diagnostics, avec

toutes les réserves que ceux-ci peuvent suggérer, étant entendu que les regroupements ont été faits en fonction du syndrome dominant.

1) *Dans les états schizophréniques* (24 cas), les résultats peuvent être qualifiés d'égaux dans sept cas, le largactil a eu une action nettement supérieure dans onze cas et six malades ont bénéficié de la réserpine. Mais un seul parmi ceux-ci a été modifié profondément.

Observation 1. — Il s'agit d'une schizophrène internée depuis 1946 et qui n'a tiré que de minimes avantages d'une cure de chlorpromazine. Le Sakel a dû être interrompu rapidement par suite d'apnées graves. La réserpine, aux doses de 12 mgr., donne un état figé, mais la réduction progressive à des doses de 3 mgr. permet des progrès, la malade s'occupe, acquiert certaines initiatives ; cependant, l'amélioration n'est pas suffisante pour que la sortie soit proposée.

L'ensemble de ces résultats confirme les conclusions de certains auteurs, pour lesquelles le traitement des syndromes schizophréniques relève moins de la réserpine que de la chlorpromazine. En faveur de ce dernier médicament plaide également le fait qu'il est possible d'y associer la cure insulinique.

2) *Les syndromes délirants* (21 cas). — Ce groupe comprend une majorité de syndromes délirants hallucinatoires. Dans quatre cas, les résultats sont égaux ; dans cinq cas, ils sont en faveur de la chlorpromazine, mais onze fois, c'est-à-dire pour la moitié des malades, la réserpine apparaît supérieure. Le dépouillement des observations permet de se faire une opinion plus nuancée. Il est exceptionnel que la chlorpromazine n'ait aucune action. En général, elle supprime les phénomènes psycho-sensoriels plus rapidement que la réserpine. Mais celle-ci semble agir plus profondément sur le délire, et dans le cas de malades en post-cure ayant abandonné leur traitement, la rechute semble moins rapide. Si bien que nous traitons assez volontiers les psychoses hallucinatoires chroniques d'abord par chlorpromazine, qui a aussi l'avantage de mieux supprimer les manifestations anxieuses liées à l'internement, puis ensuite par réserpine, à des doses qui ne sont souvent efficaces que lorsqu'apparaissent des manifestations légères d'intolérance.

3) *Les syndromes maniaco-dépressifs* (13 cas). — Le nombre des psychoses à doube forme (2 cas) et des états dépressifs (2 cas) est insuffisant pour se faire une opinion. Par contre, nous nous arrêterons aux hypomanies chroniques ou à rechute (9 cas). Il est remarquable de constater que tous ces malades ont été mieux améliorés par la réserpine que par la chlorpromazine. Il s'agit d'une catégorie clinique facile à identifier, si l'on en juge par l'uniformité des diagnostics portés successivement par différents médecins. Toutefois, dans quelques cas, il aurait été possible de parler de délire interpré-

tatif ou hallucinatoire si derrière cette façade n'avaient été reconnus certains symptômes évocateurs, telle l'extraversion, la logorrhée ou les rémissions spontanées temporaires de la subexcitation psychique, si bien que la régularité des résultats obtenus par la réserpine engage à suspecter systématiquement l'hypomanie à l'arrière-plan d'une construction délirante. Nos résultats confirment par ailleurs les constatations de certains auteurs. Deshaies note des échecs de la chlorpromazine dans les manies chroniques et Maurel parle de guérison par la réserpine, « surtout dans les manies chroniques ». Nous donnerons les exemples suivants :

Observation 2. — L... Marie, 64 ans, entrée en 1947, passe périodiquement par des phases d'excitation que le largactil, donné pendant plus d'un an, ne contrôle qu'imparfaitement. Elle présente en particulier de la logorrhée avec une absence complète de pudeur, affectionnant et mimant les chansons d'internat. Depuis juillet 1956, elle reçoit 3 mgr. de serpasil *per os* et le comportement s'est complètement normalisé avec reprise d'une activité régulière. Elle a été placée en hospice il y a deux mois.

Observation 3. — D.-F... Gabrielle, entrée à l'âge de 47 ans pour la première fois en 1951 ; elle est hirsute, la mimique expressive, irascible, refusant de s'asseoir, etc... Elle revient en 1953, puis en 1954, mais cette fois sur expertise, car elle a menacé le procureur, croit que les voisins sont de connivence contre elle, le regard est brillant, la sthénicité extrême. Le largactil a eu une bonne action symptomatique, mais à chaque sortie la malade abandonne très rapidement le traitement si bien que, quittant l'hôpital en décembre 1955, elle rechute dès janvier et doit être réintégrée en juin 1956. Cette fois-ci, elle reçoit de la réserpine et reconnaît spontanément pour la première fois « qu'avec ce traitement elle se sent une patience à toute épreuve alors qu'avant elle partait comme le lait sur le feu ». Les doses de 25 mgr. au début sont abaissées à 3 mgr., auxquels on ajoute 50 mgr. de chlorpromazine le soir, car elle se plaint d'insomnies. Elle sort en décembre 1956. Revue régulièrement tous les deux mois, elle a repris du travail en usine et suit scrupuleusement les prescriptions. A noter la survenue d'un embonpoint important. Pendant l'hiver, elle se plaignait de crises de tremblement survenant le soir après la prise de chlorpromazine.

Observation 4. — L... Roger, âgé de 30 ans. Manie à rechute avec reliquat d'hypomanie entre les crises, qui ne l'empêche pas d'exercer son métier de cuisinier. Hospitalisé en 1953, puis en 1955, et à nouveau en janvier 1957 pour « accès de fureur violente paroxystique », dit le certificat. D'abord traité comme à ses admissions précédentes par largactil, le syndrome de subexcitation subsiste comme émoussé. On prescrit alors du serpasil à doses progressives jusqu'à 7 mgr. 5. Selon l'aveu du malade, « il sent les nerfs qui se détendent sans être aussi endormi qu'avec la chlorpromazine ». Il sort en mars dernier avec traitement de 3 mgr. *per os*. Revu par la suite, il est très satisfait du traitement, à tel point que, pour les fêtes de Pâques, se sentant un peu énervé, il a pris jusqu'à dix comprimés de serpasil à 1 mgr. par jour, ce qui a provoqué une asthénie assez marquée. Pas d'autres effets secondaires gênants.

Il est d'ailleurs remarquable de constater que les maniaques supportent sans troubles notables des doses fortes de réserpine. Il est très probable aussi que l'absence de goût des comprimés de réserpine entre pour partie dans la facilité avec laquelle les malades acceptent le traitement. Notons qu'aucun de nos neuf malades n'avait antérieurement présenté d'accès dépressif et que, chez eux, le traitement n'a jamais provoqué d'inversion de l'humeur.

4) *Divers* (22 cas). — En dehors de deux psychonévroses, il s'agit de troubles du comportement chez sept séniles et treize oligophrènes. Quoiqu'il soit assez difficile de se faire une opinion sur un nombre restreint de cas, il semble bien que, dans les comportements perturbateurs des arriérés, la chlorpromazine soit d'une efficacité symptomatique très supérieure.

Le regroupement des observations en fonction du sexe (41 femmes et 39 hommes), du produit employé et des résultats n'apporte aucune indication significative.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne l'âge. Alors que de la deuxième à la quatrième décade incluse, les résultats sont sensiblement équivalents, ils se différencient au profit de la réserpine à partir de 50 ans. Il faut dire que la chlorpromazine, quel que soit l'âge, conserve chez tous les sujets son pouvoir tranquillisant, ce qui explique que la réserpine n'ait pas de meilleure action sur la turbulence des séniles. Par contre, dans les syndromes délirants et hypomaniaques au-delà de la cinquantaine, elle acquiert un intérêt indéniable.

Il resterait l'important chapitre de la tolérance, des effets secondaires et des médications correctrices. Nos observations recoupent ce qui a pu être dit, en particulier par Deshaies récemment. Aussi serons-nous très brefs. La réserpine donne davantage de troubles mineurs (tremblement, asthénie...) que la chlorpromazine, mais aucun des troubles sérieux (sensibilisation, ictère...) que l'on reproche à celle-ci. Les insomnies sous réserpine sont assez fréquentes pour valoir d'être mentionnées, nous prescrivons volontiers une faible dose de chlorpromazine le soir, ce sont les seuls cas où l'association des deux produits nous paraît justifiée.

En conclusion, chez 80 malades atteints de psychoses chroniques, les traitements successifs appliqués pendant plusieurs mois par la chlorpromazine, puis la réserpine, permettent de constater une nette supériorité de cette dernière dans les états hypomaniaques chroniques ou à rechutes. Dans les autres catégories cliniques, les indications réciproques des deux principaux neuroleptiques sont encore à éclaircir, mais il est possible toutefois de penser que la chlorpromazine convient mieux aux schizophrènes et la réserpine à certains états délirants au-delà de la cinquantaine.

Discussion

Mme Agnès Masson demande au présentateur, au sujet de l'intolérance qu'il signale chez les vieillards, s'il n'a pas essayé de commencer par de toutes petites doses. Les mêmes inconvénients existent aussi, en effet, avec d'autres neuroleptiques, ainsi que le signalait récemment ici-même Achallé pour le largactil. Certains vieillards y sont en effet très sensibles, tandis que d'autres le tolèrent assez bien. Or, si l'on prend la précaution de commencer par des doses vraiment minimes pour monter ensuite prudemment, on parvient à ne pas priver ces malades de cette ressource thérapeutique, en évitant pratiquement tout risque.

M. Brissot demande au présentateur s'il a observé dans le traitement par la chlorpromazine et la réserpine une différence d'action par la substitution du serpasil à ce dernier produit (la réserpine).

Action identique des deux médicaments, déclare l'auteur de la communication.

M. Jean Carrère. — Si l'activité de la chlorpromazine dans les différentes psychoses est actuellement admise sans difficulté par la plupart des psychiatres, on ne saurait en dire autant de l'activité de la réserpine, dont pour ma part je n'ai prouvé l'efficacité réelle dans aucun cas ; peut-être est-ce le fait de doses, ou trop fortes, ou trop faibles... Quoi qu'il en soit, nous avons actuellement tendance dans notre service à abandonner ce médicament, qui est loin d'être le médicament miraculeux qu'on nous avait présenté.

En ce qui concerne plus particulièrement le traitement des états de manies chroniques, pour lesquels la réserpine serait une médication des plus utiles, je crois devoir rappeler qu'après d'autres, d'ailleurs, nous avons insisté il y a quelques années sur l'intérêt des sels de lithium (citrate de lithium) dans les états d'excitation du type maniaque chroniques ou autres et dans un certain nombre de psychoses atypiques. Cette thérapeutique d'application facile nous donne assez souvent de bons résultats dans ces états maniaques et aussi dans des syndromes schizophréniques rebelles aux thérapeutiques insuliniques, comas profonds nombreux (série de 80 comas), rebelles à la chlorpromazine et à la réserpine, etc...

Il y a là un ensemble de faits particulièrement intéressant sur lequel j'ai l'intention de revenir.

L'intervention de mon maître, M. le professeur Heuyer, sur l'importance des nouvelles thérapeutiques en psychiatrie, corrobore notre sentiment de toujours sur le peu d'utilité pratique de l'occupationnal therapy sous ses diverses formes. L'occupationnal therapy dans notre service étant abusivement étendue, bien avant notre venue, à tout l'ensemble de l'établissement, ne donne des résultats vraiment utiles qu'aux premiers signes d'amélioration des psychoses afin d'accrocher le malade. Dans notre cas, c'est une forme de semi-resocialisation, dans un milieu ouaté, de malades pour lesquels on pratique une sorte d'empouponnement ou mieux d' « hibernation sociale » dont il ne désire vraiment pas s'évader.

Il faut insister surtout sur le fait que l'occupationnal therapy, sous ses diverses formes, n'est d'aucun secours lors de sorties de malades guéris après plusieurs années de clinique et d'hôpitaux psychiatriques. Les plus grandes difficultés attendent ces malades, à qui l'on demande de reprendre leurs activités professionnelles au point où ils les avaient laissées avant la maladie et, sans cultiver le paradoxe, on peut dire que s'il faut une psychothérapie à ces malades, il en faudrait surtout une à l'égard des familles habituées à l'absence du malade et généralement hostile à son retour, et

qu'il faudrait aussi une psychothérapie à l'égard de la société pour réabsorber le malade et le récupérer...

Par là, l'occupationnal therapy que l'on faisait dans beaucoup d'hôpitaux, comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir, ne donne pas de résultats bien supérieurs maintenant que l'on sait. Il est bien certain qu'il faudrait s'entendre sur ce qu'est la bonne et la mauvaise occupationnal therapy, cette dernière étant d'ailleurs bien souvent le fait du service voisin... Il demeure en tout cas illusoire en ce qui concerne les psychoses anciennes de vouloir croire à son importance ou à son intérêt social. Elle tend surtout à maintenir l'état larvaire et dépendant d'une foule de psychopathes qui s'adaptent à l'atmosphère quiète et tranquille de nos hôpitaux psychiatriques modernes et n'en veulent plus sortir, ou ne pensent, sortis, qu'à y revenir.

M. Lôo. — Dans les propos de M. le professeur Heuyer, je retrouve certaines préoccupations partagées par beaucoup et que j'ai déjà, ici-même, exprimées.

Cependant, je pense que la psychothérapie reste utile au moins pour les névroses, auxquelles les médications neuroplégiques et tranquillisantes n'ont pas apporté les bienfaits escomptés.

Momentanément apaisée, la névrose continue souvent une évolution moins tapageuse, que bien vite les « drogues » ne contrôlent plus et peut-être peut-on redouter pour l'avenir, dans nos cures libres, un contingent de malades (névroses et états névrotiques) qu'une évolution déjà longue rendra plus difficiles à guérir.

Il conviendra de hâter la sortie de ces sujets, trop prêts à démissionner de leurs charges et responsabilités d'hommes, à grossir un sédiment asilaire dont la « sociothérapie » moderne ne modifie que les aspects.

Les psychoses qui bénéficient surtout des progrès de la chimiothérapie devront également être rapidement réadaptées à l'extérieur. Ainsi que le souligne Carrère, certaines conceptions de l'ergothérapie, ses modalités désadaptent plus les sujets qu'ils ne les adaptent aux rythmes exigeants de la vie moderne.

Les psychoses diminuent, mais les vieillards, les alcooliques, les névrosés grossissent le contingent de nos malades et justifient qu'on ajuste les projets, qu'on infléchisse les doctrines en fonction de ces réalités.

La discussion d'aujourd'hui montre une brèche dans le conformisme doctrinal.

Tant de choses ont changé. Il serait sage, ainsi que le suggère M. le professeur Heuyer, de réviser dans un esprit nouveau conceptions et projets.

N'oublions pas certaines erreurs qui, dans d'autres domaines, furent tragiques, où d'éminentes bonnes volontés préparaient avec passion les conjonctures... précédentes.

M. Fouks. — Puisque M. Lôo a bien voulu me mettre en cause, j'aimerais lui dire qu'il n'a peut-être pas compris ma pensée. J'ai moi-même insisté, dans un rapport récent, sur la différence qu'il y a entre les psychotiques et les névrotiques. Il convient d'ailleurs de remarquer qu'il y a différentes sortes de névroses. Certaines ne sont au fond que des réactions névrotiques plus ou moins passagères et transitoires. Il est bien certain que, dans ce cas, les tranquillisants permettent très rapidement de soulager le malade et de liquider la situation.

Dans d'autres cas, il s'agit au contraire de névroses extrêmement structurées et faisant plus ou moins corps avec la personnalité du sujet. Dans ce cas, il est bien certain que la névrose ne peut se séparer de son contexte psycho-social, et le plus souvent c'est le temps qui est le meilleur facteur de guérison.

L'intérêt des tranquillisants est de permettre à ces malades d'être en partie soulagés et d'arriver ainsi à attendre le moment favorable sans trop de déboires et, parfois, en restant chez eux. Il est bien certain qu'en psychiatrie nous ne saurions ignorer qu'à certains points de vue la façon de donner les médicaments a une importance considérable. Mais cette importance est secondaire par rapport aux médicaments. Je n'en veux pour preuve que la différence entre les résultats par cure ambulatoire et ceux que l'on obtient sous le régime de l'hospitalisation. Je suis aussi d'accord quant à l'intérêt des sorties et des réinsertions précoces.

A M. Carrère, je répondrai que je suis en grande partie de son avis. Il est évident qu'une certaine forme de sociothérapie est plus nocive qu'utile pour autant qu'elle amène à stéréotyper le malade dans un comportement et des activités qui sont sans utilité dans la vie pratique. Médecin d'un service de femmes dans un département essentiellement rural, j'ai été frappé par le nombre de malades qui ne savaient point tenir leur ménage. Aussi, ai-je demandé à l'Administration de me donner le matériel nécessaire pour pouvoir réaliser dans mon service un apprentissage des arts ménagers. Je pense qu'une malade rentrant chez elle ayant appris à mieux tenir son ménage et à faire des économies tout en tenant mieux sa maison et sa cuisine, n'aura point fait un séjour inutile à l'hôpital, et je crois que cette ergothérapie calquée sur la vie quotidienne est indiscutablement utile et nécessaire.

Je suis aussi parfaitement d'accord avec M. le professeur Heuyer. A quelques exceptions près, toutes mes malades chroniques qui ont arrêté de prendre leurs drogues, ont rechuté. D'autre part, il est bien difficile d'affirmer la guérison. Enfin, ces malades, soit qu'il s'agisse de séquelles de la maladie ou de troubles secondaires dus aux neuroleptiques, présentent un indiscutable déficit pragmatique. Elles ne sont plus agitées, ni agressives, ni délirantes, sont parfaitement capables de mener une vie familiale et de travailler, mais elles ne sont pas en état de gagner leur vie. Ceci est d'autant plus regrettable qu'elles doivent continuer de prendre leurs drogues, dont le prix est assez élevé. Aussi, ai-je attiré l'attention du Ministère sur ces cas.

Je voudrais seulement dire à M. le professeur Heuyer que, dans mon service, on n'observe pratiquement pas d'effets secondaires, qu'il s'agisse de lipothymies et surtout de phénomènes moteurs en relation avec les noyaux gris centraux ; ceci provient sans doute du fait que nous n'utilisons que des doses modérées en associant les neuroleptiques et surtout en donnant des correcteurs, heptamynol et artane.

A notre collègue Lambert, je voudrais enfin dire que j'ai étudié moi aussi le 7044, quoique sur une bien plus faible échelle. Je ne suis pas aussi enthousiaste que lui. Ce produit ne m'a pas semblé tellement supérieur au largactil, en particulier dans les cures de sommeil. D'autre part, comme lui, j'ai eu l'impression que le 7044 avait les mêmes inconvénients que le largactil. A ce propos, je tiens à signaler que Courvoisier et ses collaborateurs, qui ont longtemps affirmé qu'un produit neuroleptique devait obligatoirement posséder toutes les actions du largactil, sont revenus de cette opinion au dernier congrès de Milan et ont reconnu qu'il pouvait y avoir des actions dissociées. C'est ce que j'ai, personnellement, toujours pensé, et je peux dire que depuis six mois j'expérimente un nouveau neuroleptique, qui me semble dépourvu des effets secondaires habituels, aussi bien du point de vue circulatoire que du point de vue extra-pyramidal. Ceci me paraît fort intéressant et, même si ce produit devait avoir une action légèrement inférieure au largactil, il me paraîtrait d'une grande utilité.

Je suis persuadé que c'est la voie de l'avenir et que nous trouverons des drogues à action de plus en plus sélective.

Essais thérapeutiques d'un nouveau dérivé de la phénothiazine, la lévomépromazine ou 7.044 R.P., par MM. P.-A. Lambert, M. Beaujard, A. Achaintre, P. Broussolle, J. Perrin, C. Berthier, P. Balvet, L. Revol et A. Requet.

La lévomépromazine ou 7044 R.P. est un dérivé de la phénothiazine, dont la constitution et les propriétés pharmacologiques ont déjà été exposées par Sigwald et ses collaborateurs (1). Rappelons qu'il s'agit d'un produit dont la ligne d'action est identique à celle de la chlorpromazine, à cette différence près que son activité sédative est plus importante à doses égales sur les tests d'action centrale et qu'il a un pouvoir anti-histaminique parmi les plus importants que l'on connaisse. Quant à sa toxicité aiguë, elle est du même ordre que celle de la chlorpromazine.

Lors des essais cliniques, nous avons utilisé des doses généralement inférieures à celle de la chlorpromazine, et qui ont varié de 100 à 400 mgr. par jour, atteignant dans certains cas 800 mgr. Toutes les voies d'introduction ont été employées. La perfusion intra-veineuse lente s'est révélée utile dans quelques cas, à la dose de 50 à 100 mgr. La voie intra-musculaire, du fait des incidents d'intolérance à laquelle elle expose, n'a que rarement été prolongée au-delà de dix à quinze jours, et c'est en définitive la voie orale dont il a été fait usage le plus souvent. Les modalités du traitement ont été très variables. Certains d'entre nous, prenant la précaution de laisser le malade alité, ont donné d'emblée des doses quotidiennes de 400 mgr. *per os.* D'autres ont préféré éprouver la susceptibilité du malade par des doses progressivement croissantes. Il est possible de passer sans transition de la chlorpromazine à la lévomépromazine (ou inversement), l'équivalence pondérale semblant se situer aux environs de trois pour deux.

Les durées d'administration ont été très variables, de quinze jours à un mois en moyenne, et dans une dizaine de cas prolongées pendant plusieurs mois, soit en milieu hospitalier, soit en cures ambulatoires. Les doses totales d'administration ont atteint à plusieurs reprises 25 gr. de produit.

Les essais thérapeutiques ont porté le plus souvent sur une population de malades hospitalisés et présentant un éventail aussi large que possible de troubles psychiatriques.

Les observations, au nombre de 94, se décomposent comme suit :

1) *Les psychoses aiguës* (10 cas). — Sont groupées sous cette désignation les confusions mentales, au nombre de six, qui toutes ont

(1) Activité d'une nouvelle phénothiazine en psychiatrie et en neurologie, par J. Sigwald, M. Henne, D. Bouttier, C. Raymondeaud et Mlle A. Quetin. *Presse Médicale*, n° 87, 1er décembre 1956, pages 2011 à 2014.

bien réagi au traitement à l'exception de deux, pour lesquelles les doses, inférieures à 100 mgr., semblent avoir été insuffisantes. Dans deux cas de confusion alcoolique, le résultat a été excellent, et dans un delirium tremens avec urée à plus d'un gramme, sueurs, déshydratation, l'action du produit se manifesta très rapidement sur l'agitation, l'anxiété, l'onirisme et l'état général. Les autres cas groupent, sous le terme de bouffée délirante ou délire polymorphe, des états disparates aiguës, dont deux au moins pouvaient évoquer une invasion schizophrénique. Ils ont été améliorés et, pour deux d'entre eux, on pouvait parler de rémission complète. Dans toutes ces psychoses aiguës, la lévomépromazine a agi comme la chlorpromazine pour des doses un peu inférieures.

2) *Les états dépressifs* (28 cas). — C'est dans cette catégorie que l'action du produit s'est révélée la plus intéressante. Sur les vingt-huit dépressions aiguës pour la plupart, mais pour certaines évoluant depuis plusieurs années, nous avons noté cinq échecs complets, cinq améliorations insuffisantes, huit bonnes améliorations et dix rémissions complètes. Parmi ces dernières se trouvaient six mélancolies anxieuses ou délirantes. La proportion de dix-huit malades très améliorés ou présentant toutes les apparences de la guérison sur les vingt-huit traités, le fait que la sismothérapie ait pu être évitée chez un certain nombre de mélancoliques authentiques, confère au produit une bonne part de son intérêt, car il ne nous avait pas semblé, ainsi que nous l'avions rapporté en son temps (1), qu'en usant de la chlorpromazine, un tel pourcentage de succès ait été observé. Les résultats favorables se manifestent en huit à quinze jours, plus rarement en un mois.

Observation 1. — Bo..., 47 ans. Plusieurs accès dépressifs antérieurs, hospitalisé après tentative de suicide par défénestration. Aspect prostré, mimique douloureuse, ton monocorde, douleur morale, dégoût de la vie, raptus anxieux avec fugues. Reçoit 400 mgr. de largactil pendant sept jours sans changement. Le 10 novembre, après deux jours de 7044, à raison de 250 mgr. par jour, est détendu mais très somnolent. Le 13, il sourit pour la première fois. Le 28 novembre, vingt jours après le début du traitement, les doses ayant été abaissées à 125 mgr., est normal, fait des projets d'avenir. Sort en décembre.

Observation 2. — N..., 40 ans, est admis après deux tentatives de suicide. Présente des idées d'incurabilité, de mort imminente. « Le docteur va me finir » ; il est déprimé depuis trois mois lorsqu'on prescrit 400 mgr. de 7044 *per os*. Une semaine après, dit reprendre goût à la vie et manifeste une certaine autocritique. On diminue les doses à 300 mgr. Le 4 janvier, après

(1) *La thérapeutique par la chlorpromazine en pratique psychiatrique*, par L. Revol, A. Achaintre, P. Balvet, M. Beaujard, C. Berthier, P. Broussolle, P. Lambert, J. Perrin et A. Requet. *Masson* éd., 1955.

vingt jours de traitement, on ne note plus de symptômes mélancoliques, mais la somnolence et l'asthénie sont péniblement ressenties. Les doses sont réduites à 100 mgr. par jour. Le 11 janvier, il sort guéri.

Dans un certain nombre de cas, les électro-chocs, une cure de sommeil, la chlorpromazine, avaient échoué. Il ne faudrait toutefois pas conclure que la sismothérapie puisse toujours être écartée, puisque dans un cas non amélioré par la lévomépromazine, les électro-chocs ont amené la guérison, puis la sortie.

La somnolence est une manifestation que l'on rencontre le plus fréquemment au cours du traitement des dépressifs. Elle est à respecter, car il semble bien que les malades qui dorment beaucoup sont ceux qui s'améliorent le mieux. Les raptus anxieux ne semblent pas à craindre, nous n'en avons jamais noté. D'ailleurs, d'une façon générale, l'action anti-anxieuse du 7044 est remarquable, renforcée par rapport à celle de la chlorpromazine, elle se manifeste dans des circonstances aussi variées que les onirismes, les poussées hallucinatoire des psychoses hallucinatoires chroniques ou les invasions schizophréniques.

3) *Les syndromes maniaques ou hypomaniaques* (7 cas). — La sédation est bonne, comparable à celle que provoque la chlorpromazine, mais souvent au prix de somnolence. Il faut toutefois signaler deux cas de psychoses à double forme, que la lévomépromazine a particulièrement bien stabilisés, alors que la chlorpromazine utilisée précédemment n'empêchait pas — ou favorisait — la survenue de l'état dépressif. Ce que nous avons dit du produit sur les dépressions permet peut-être de comprendre cette action normalisante qui, si elle se confirme, serait des plus intéressantes.

Observation 3. — M..., 68 ans, est une malade qui fait des accès à double forme depuis 40 ans ; en général, ceux-ci duraient trois mois par an, mais depuis 18 mois elle ne cesse de passer d'un état dans l'autre ; le plus souvent subexcitée, elle est traitée par des dérivés de la phénothiazine, qui ont un bon effet sédatif sur l'hypomanie, mais l'accès dépressif n'est pas empêché. Un premier essai de 7044 déclenche, après une dose de 75 mgr., un petit état de choc avec sudation, instabilité tensionnelle, douleur lombaire. Un mois après, une seconde prescription renouvelle la crise de façon atténuée, mais la médication est maintenue. L'attitude hautaine, blessante, les revendications cèdent et, courant avril, la malade est en rémission complète. Le traitement (50 mgr. de 7044 *per os* le soir) est maintenu et la malade, revue deux mois après sa sortie, reste absolument normale.

4) *Les syndromes délirants* (10 cas). — Nous avons groupé sous ce titre les états délirants, hallucinatoires ou interprétatifs, chroniques ou rechutant après traitement. Dans ce groupe, l'action a été comparable à celle obtenue avec la chlorpromazine, sauf dans un cas de

délire d'influence atypique chez une jeune fille de 25 ans, qui s'est amélioré sous la lévomépromazine, a rechuté sous largactil et s'est à nouveau amélioré en reprenant le premier traitement.

5) *Les syndromes schizophréniques* (28 cas). — Dans presque tous les cas, il s'agissait de malades internés depuis plusieurs années, présentant des schizophrénies hébéphréno-catatoniques ou paranoïdes et pour lesquels la lévomépromazine fut essayée concurremment à la chlorpromazine. Quelques malades seulement présentèrent des rechutes qui purent être traitées par le produit. Les résultats sont, soit les mêmes, soit légèrement meilleurs, et dans ce cas portent généralement sur le comportement, soit inférieurs. La voie orale a été la plus fréquemment utilisée et les doses ont atteint 800 mgr. par jour.

6) *Divers* (11 cas). — Trois malades ont été traités pour des troubles du caractère épileptique ; l'action nous a semblé meilleure que celle due à la chlorpromazine, mais il est vrai que les effets secondaires et plus particulièrement la somnolence étaient plus accentués. Chez une de ces malades, on a noté des absences plus fréquentes. Chez trois malades présentant des troubles du comportement oligophrénique, l'action comparée avec celle de la chlorpromazine a été nettement meilleure dans un cas. Une agitation sénile a bénéficié du produit. L'action en a été nulle chez un déséquilibré psychique, légère chez un choréique présentant des troubles du comportement et assez intéressante dans un cas de névrose d'angoisse. Notons que la lévomépromazine se montre, par son action contre l'anxiété, très efficace pour bloquer les troubles dus à une injection de mescaline.

Indépendamment de l'action que peut avoir le produit sur les troubles psychiques, il a été possible de noter un syndrome d'imprégnation comparable à celui de la chlorpromazine et un syndrome biologique, qui s'en rapproche sur de nombreux points. La pâleur, l'hypotension orthostatique, la baisse tensionnelle en cours de traitement, etc..., sont identiques, mais la tachycardie est moins importante et moins fréquente. On retrouve la sécheresse de la bouche, un certain effet anabolisant, mais peut-être moins de constipation. De plus, la lévomépromazine a pu être utilisée simultanément avec des électrochocs ou de l'insuline, en chocs humides ou en cure de Sakel.

Quant aux incidents, ils sont du même ordre que ceux provoqués par la chlorpromazine. La somnolence est très souvent notée. Lorsqu'elle devient pénible et gênante pour le malade, il y a lieu de réduire les doses. L'asthénie est fréquente. Le personnel doit être prévenu de l'apparition de lipothymies et de tendances syncopales qui nécessitent la prescription absolue de l'alitement en début de cure. La mauvaise tolérance intra-musculaire du produit est incontestable, avec souvent des clochers thermiques à 39°, peut-être est-ce dû au fait que nous avons disposé d'ampoules dosées à 25 mgr. de produit actif par cm^3 ? Quant aux accidents de type parkinsonien, ils nous ont semblé plus

rares qu'avec la chlorpromazine. Il faut atteindre des doses de 400 mgr. par jour pendant un mois pour noter des troubles de la série striée. Il est très fréquent de mettre en évidence un effet dépresseur du produit sur les réflexes ostéo-tendineux. Chez un malade traité par des doses de 300 mgr. *per os*, on a noté l'apparition d'une parésie des muscles de la nuque, qui a régressé lors de la diminution des doses.

La lévomépromazine, comme tous les dérivés phénothiaziques, doit être employée avec précaution chez les sujets âgés, et même à partir de la cinquantaine, lorsqu'il existe une présénilité ou des antécédents portants atteinte à l'intégrité des fonctions organiques essentielles. Plusieurs de nos malades, âgés d'une soixantaine d'années, des femmes surtout, se sont montrés sensibles à cette médication très active, accusant une pâleur ou une somnolence exagérée malgré l'emploi de faibles doses. C'est chez un sujet de près de 60 ans qu'un décès est survenu.

Observation 4. — F..., 59 ans, est atteint d'une psychose hallucinatoire chronique diagnostiquée dès 1952. Il présente des bouffées hallucinatoires, mais très méfiant, refuse les traitements et les examens biologiques, ce qui sera à regretter pour la suite de cette observation. C'est au cours d'une de ces bouffées qu'on arrive à le convaincre de prendre du 7044, qu'il reçoit à la dose de 500 mgr. par jour. Le 30e jour, il présente une brusque élévation thermique avec dyspnée et atteinte de l'état général. Arrêt du 7044. Quoique l'examen clinique soit négatif, il reçoit un million d'unités de pénicilline par jour associé à de la terramycine intramusculaire. La température baisse le 2e jour pour remonter le 3e. Urée sanguine : 1 gr. 80 ; albuminurie, cylindrurie, urine très foncée, leucopénie modérée. Le malade, muté dans un service de médecine générale, y décède le 4e jour. L'examen histologique confirme le diagnostic d'hépatonéphrite. A noter qu'il s'agissait d'un ancien gastrectomisé.

Des examens biologiques ont été pratiqués chez une vingtaine de malades. On a noté une élévation de la vitesse de sédimentation. Comme pour tous les dérivés de la phénothiazine, il peut exister dans les urines de fausses réactions de Gmelin et de Hay sans présence de pigments ou de sels biliaires. Les autres examens : glycémie, urée sanguine, tests hépatiques, cholestérol, calcémie, bilirubinémie... ne nous ont pas paru modifiés.

En conclusion, la lévomépromazine est un produit dont l'action est sur bien des points comparable à celle de la chlorpromazine. Elle en diffère cependant par son effet sédatif plus puissant, tant au laboratoire qu'en clinique. Son action contre l'anxiété est remarquable, et l'une de ses meilleures indications semble être les états dépressifs graves, et plus particulièrement les syndromes mélancoliques anxieux ou délirants, qu'elle peut améliorer et guérir en une à quatre semaines. Il semble, de plus, qu'il faille retenir à son actif une action normalisante sur certains états cyclothymiques. Les effets secondaires ne

sont que peu différents (plus de somnolence et de clochers thermiques, moins de tachycardie et de symptômes striés) et, dans l'ensemble, les précautions à observer lors de l'emploi de la lévomépromazine, sont les mêmes que celles auxquelles nous a accoutumé la chlorpromazine.

Largactil et tuberculose atypique chez 578 malades chroniques. Nécessité d'un traitement associé, par MM. M. Hyvert, J. Le Cloarec et Mlle J. Carrer (Clermont-de-l'Oise).

Il y a deux ans, l'un de nous a publié les premiers résultats qu'il avait obtenus à l'aide de la chlorpromazine. Des résultats plus complets ont été présentés au congrès de Vercelli (1955) et au colloque international sur la chlorpromazine (Paris, octobre 1955).

Entre les malades aigus et chroniques, une grande différence s'est manifestée rapidement. Chez les chroniques, en effet, les améliorations étaient nombreuses, profondes et durables. Chez les aigus présentant un granulogramme pathologique, l'adjonction de chlorpromazine aux traitements de la tuberculose atypique nous a paru souvent entraîner l'action de ces traitements et retarder l'amélioration. Nous avons donc tendance à abandonner de plus en plus la chlorpromazine dans le traitement des psychoses aiguës ou d'apparition récente.

Dans les états chroniques, nous avons constaté dès le début que les améliorations obtenues avaient été rapides et profondes chez les malades qui avaient reçu, antérieurement à la chlorpromazine, un traitement du terrain, c'est-à-dire de l'imprégnation bacillaire atypique de Jacquelin-Burnand.

Comme toujours dans ce domaine, la preuve absolue est d'autant plus difficile à faire qu'on se trouve en présence de malades plus anciens. Nous l'avons déjà montré, le parallélisme du granulogramme et de la psychose n'existe que dans la période initiale. Tout se passe comme si la tuberculose atypique créait le terrain favorable au développement des troubles psychopathiques, mais ceux-ci une fois constitués sont susceptibles d'évoluer pour leur propre compte, d'une manière assez relative d'ailleurs car même chez des malades anciens, l'amélioration du granulogramme s'accompagne souvent de l'amélioration des troubles psychiques. D'autre part, chez les malades très anciens, la stabilité de l'amélioration est souvent assez précaire, même en présence d'un granulogramme normal. Pour pouvoir tirer quelques conclusions valables, nous nous sommes donc trouvés dans l'obligation de présenter un grand nombre de cas traités et, par conséquent d'attendre un temps assez long.

Notre statistique porte sur 560 malades, 364 femmes et 196 hommes.

Nous insistons beaucoup sur le fait qu'il s'agit de malades chroniques. Nous avons éliminé totalement les malades dont le début de la maladie était inférieur à six mois. La plupart d'entre eux avaient plusieurs années d'internement. Pour certains, l'entrée à l'hôpital psychiatrique remontait à plus de dix ans, quelques-uns à plus de vingt ans, et même à plus de vingt-cinq ans. Beaucoup de malades avaient reçu antérieurement les traitements classiques sans aucun résultat.

Un grand nombre d'entre eux (les deux tiers environ) avaient reçu divers traitements de la tuberculose atypique : sels d'or, tuberculine, sels de cuivre, V.A.V., B.C.G., streptomycine, isoniazide, acide para aminosalicylique. Les améliorations avaient été nulles ou insuffisantes. Les malades très anciens ou à granulogramme normal n'ont pas été traités.

L'application de la chlorpromazine a été pratiquée suivant une technique classique. Ils ont reçu des séries d'injections de vingt jours de 150 mgr. de chlorpromazine entrecoupées de prises de comprimés à des doses variables. Nous estimons, contrairement à une opinion parfois émise, que les injections ont une action infiniment plus intense et efficace que les comprimés. En outre, nous avons à plusieurs reprises insisté sur la nécessité de donner chez les hommes et chez les femmes ménopausées ou hypofolliculiniques des œstrogènes de synthèse, sans lesquels les résultats sont infiniment moins bons.

Nous avons groupé sous quatre rubriques nosologiques les malades traités. Les termes employés ont un sens très large : sous le vocable schizophrène, nous faisons entrer des hébéphréniques, des catatoniques et des paranoïdes très dissociés. Les psychoses délirantes comprennent tous les délires systématisés. Dans la psychose maniaque-dépressive, et dans la confusion, nous n'envisageons naturellement que des malades chroniques :

Schizophrènes	401
Psychoses délirantes	92
Psychoses maniaques-dépressives	80
Confusions	8

La statistique générale est la suivante :

Nombre de malades traités : 560 dont 364 femmes et 196 hommes
Nombre de malades sortis : 284 dont 170 femmes et 114 hommes

Le pourcentage en sorties est donc de 49,1 %.

Ce chiffre est en lui-même très élevé, et si l'on veut bien se rappeler qu'il se rapporte à des malades anciens et chroniques, et dont la plupart avaient déjà été traités par des techniques classiques, on s'aperçoit qu'il nous apporte quelque chose de nouveau. Nous ne pouvons guère expliquer ce taux important que par l'institution chez les deux tiers des malades des traitements de l'imprégnation bacil-

laire atypique, traitements qui ont modifié le terrain et permis à la chlorpromazine de manifester son action.

Nous n'avons pas tenu compte des améliorations dans le cadre hospitalier, celles-ci sont considérables. Les malades indifférents et incuriques ont repris un bon contact et des possibilités pragmatiques qui sont utilisées dans un but de rééducation. Il est donc probable que certains d'entre eux pourront être réintégrés dans la vie sociale.

La présentation uniquement des sorties permet de prévenir bien des doutes sur la valeur des améliorations obtenues.

Il y a eu des rechutes. Si nous éliminons celles qui ont été suivies d'une nouvelle sortie très rapide, et qui ont été dues en général à un arrêt prématuré du traitement, nous en notons 45, soit 15,9 %.

L'examen du détail des résultats nous fait apparaître d'autres faits intéressants.

Les malades peuvent être répartis en trois groupes se rapportant à trois pavillons et comprenant des sujets d'âge et d'ancienneté assez homogènes.

Un premier groupe comprend 151 femmes, dont 111 sont sorties, soit 73,5 %, se répartissant en 104 schizophrènes, 18 psychoses délirantes, 31 psychoses maniaques-dépressives, et 4 confusions. La plupart des psychoses avaient une ancienneté s'étageant de six mois à quatre ans, avec sept de quatre à six ans, deux de six à neuf ans, et trois de neuf à douze ans. Les malades étaient relativement jeunes, quatre-vingt-huit avaient moins de 40 ans.

C'était déjà des conditions favorables à des améliorations substantielles. Mais nous ne pensons pas que ces conditions suffisent à expliquer ce chiffre de 111 sorties, représentant un pourcentage très élevé de 73,5 %.

Aussi insisterons-nous sur ce fait que toutes ces malades ont reçu peu de temps avant la chlorpromazine les traitements de la tuberculose atypique, sauf 12 qui avaient un granulogramme normal. C'est ce qui nous permet d'expliquer et de comprendre l'importance du nombre des sorties.

Dans un deuxième groupe, nous avons 214 hommes, dont 114 sont sortis, ce qui donne encore un pourcentage très important de 53,3 %. Il s'agit de 155 schizophrénies, 32 psychoses délirantes, 24 psychoses maniaques-dépressives, et 3 confusions. Les malades étaient un peu plus âgés et se groupaient entre 20 et 50 ans. Les psychoses étaient un peu plus anciennes que chez les malades précédentes. Chez les malades non sortis, le plus grand nombre a plus de quatre ans d'internement. Les plus anciens n'avaient pas reçu de traitements de la tuberculose atypique.

Enfin, dans un troisième groupe, nous trouvons 213 femmes âgées et anciennes, situées dans un pavillon où l'on entrepose généralement les malades considérées jusqu'alors comme définitivement irrécupérables et ayant déjà été soignées longuement dans les hôpitaux

psychiatriques de la Seine et dans celui de Clermont. Parmi ces véritables déchets, nous avons pu obtenir 59 sorties, soit 27,6 %, chiffre considérable si l'on considère la catégorie des malades. 70 % de ces malades avaient reçu des traitements de la tuberculose atypique. Notons que l'âge moyen des malades se situe entre 40 et 60 ans et que la moyenne de la durée d'internement va de cinq à quinze ans, avec sept sorties après dix et quinze ans et trois au-delà de quinze ans.

Cependant, pour tous nos malades, la période la plus favorable à l'action de la chlorpromazine se situe dans une ancienneté allant de un à cinq ans. Dans les premiers mois, elle doit céder le pas aux traitements de la tuberculose atypique. Après cinq ans, l'amélioration première est plus difficile à obtenir et la rééducation pragmatique s'avère parfois difficile.

Entre six mois et un an d'ancienneté, il a souvent suffi d'une seule série d'injections de chlorpromazine pour obtenir une atténuation telle du syndrome psychopathique qu'une réinsertion sociale s'est avérée possible sans rééducation pragmatique.

Plus on avance dans le temps, plus les séries se multiplient, et certains malades ont reçu cinq à six séries d'injections avant qu'on puisse tenter une rééducation pragmatique valable. Celle-ci s'est ensuite poursuivie pendant de longs mois avant que la sortie ait été envisagée. La sortie n'a d'ailleurs été possible le plus souvent qu'avec l'aide efficace et attentive d'une famille compréhensive, ce qui a conduit au bout d'un temps assez long à la reprise d'une activité rémunérée, but définitif de notre action.

Comme nous l'avons dit, il est assez difficile de suivre l'évolution de l'état d'un malade chronique uniquement à l'aide du granulogramme. En effet, chez les malades récents ou aigus, le traitement entraîne très souvent une disparition rapide des granulations pathologiques des polynucléaires neutrophiles suivie d'une amélioration de l'état mental. Des anxiétés idiopathiques récentes avec ou sans phobies ou obsessions s'atténuent et disparaissent très rapidement en même temps que s'améliore le granulogramme par un traitement au rimifon ou au P.A.S., souvent plus actif.

Par contre, de vieux malades présentent des granulogrammes désespérément pathologiques, quel que soit le traitement employé. Dans de tels cas, nous n'avons pratiquement pas obtenu d'améliorations profondes et durables avec la chlorpromazine, quel que soit le nombre des séries. Les rares fois où de petites améliorations ont été constatées, celles-ci ont toujours coïncidé avec une diminution du pourcentage des neutrophiles pathologiques.

Cependant, on a observé chez des malades anciens des améliorations substantielles de l'état mental alors que le granulogramme restait encore pathologique. Il ne s'agissait pas en général de chiffres très élevés. D'autre part, il faut tenir compte du fait que certains traitements tels que les sels d'or ou la tuberculine désensibilisent le

malade aux toxines microbiennes, et nous savons qu'en matière de tuberculose atypique le facteur toxique joue le rôle principal. A cette période de l'évolution, une amélioration du terrain peut se manifester sans grande modification du granulogramme, ce qui permet une action plus efficace de la chlorpromazine.

C'est dire que les antibiotiques spécifiques se montrent d'autant moins actifs que l'évolution se prolonge dans le temps.

Afin de guider notre action, nous utilisons très souvent la vitesse de sédimentation sanguine, qui est en général accélérée à la période initiale pour redevenir normale ensuite, tandis que le granulogramme reste inchangé.

Tout se passe donc comme si nous avions au début un état infectieux et toxique tandis que plus tard il ne reste plus que le facteur toxique.

Notre action thérapeutique peut se schématiser ainsi :

1) Malades ayant un granulogramme pathologique et une vitesse de sédimentation accélérée. C'est le cas des états récents ou aigus : nous utilisons uniquement les antibiotiques spécifiques, soit séparés, soit groupés, comme cela se pratique dans la tuberculose vraie. Pas de chlorpromazine, inefficace, ou même nuisible.

2) Malades ayant une vitesse de sédimentation normale et un granulogramme pathologique : le traitement débute par une chrysothérapie persévérante, et au bout d'un certain temps (quelques semaines à quelques mois), on commence les séries de chlorpromazine. Dès que les symptômes psychopathiques se sont atténués, le malade est soumis à une rééducation pragmatique, d'autant plus patiente et persévérante que le cas est plus ancien.

3) Malades ayant une vitesse de sédimentation et un granulogramme normaux. Nous commençons immédiatement par la chlorpromazine.

Ce schéma peut subir des variations suivant les malades ; on doit toujours faire preuve de la plus grande souplesse et modifier l'action thérapeutique suivant les résultats obtenus.

Les résultats que nous présentons aujourd'hui nous indiquent que cette ligne de conduite se montre d'une grande efficacité, et nous ne pouvons guère expliquer le nombre des améliorations obtenues que par les modifications du terrain qu'entraînent les traitements de la tuberculose atypique.

En conclusion, nous constatons que la valeur de la théorie des tuberculoses atypiques en psychiatrie ne s'est pas trouvée amoindrie, au contraire, par l'emploi des neuroplégiques. Chez les malades récents, la chlorpromazine s'est avérée plus une entrave qu'une aide à la rapidité de l'action des traitements spécifiques, et dans les états chroniques les améliorations obtenues à l'aide de ce neuroplégique ont été particulièrement nombreuses en fonction de l'importance et du nombre de ces traitements.

Appareillage pour l'étude du conditionnement psycho-moteur sur les quatre membres, par MM. J. Dublineau, B. Honoré, Mme I. Soboul et Mlle Th. Didon.

Nous avons présenté, le 12 novembre 1956 (1), à la Société, un dispositif permettant d'aborder l'étude du conditionnement des deux mains, par la méthode psychomotrice. Cette étude offre l'avantage d'aborder le problème du conditionnement en fonction de la latéralité droite-gauche.

Nous avons mis au point une technique d'examen dans laquelle les quatre membres peuvent être mis en jeu au cours de l'expérience conditionnelle.

I. *Description.* — L'appareil, conçu pour des conditionnements volontaires moteurs, dérive du précédent. L'enfant est assis à une table, où sont disposées : sur la table, deux poires de caoutchouc (une pour chaque main) ; sous la table, deux pédales (une pour chaque pied). Chaque pédale actionne, par pression du pied sur elle, une poire de même type que celle des mains.

Chacune des poires est en liaison avec deux clenches. L'une des clenches peut actionner un électro-aimant qui ferme un circuit. La seconde clenche actionne un levier, qui permet l'inscription graphique des pressions sur la poire.

Les circuits sont destiné à actionner un train électrique. Ce dernier, toutefois, ne se met en marche que lorsque le circuit a été complété par l'apparition d'un fantôme figurant, sous forme d'un « chef de gare » fictif, l'excitant absolu.

De plus, au moins pour l'expérience-type, le train ne démarre que si l'enfant appuie sur la poire correspondant au membre et au côté sollicité (main droite ou gauche, pied droit ou gauche). Chacun des quatre côtés est indiqué par un petit écran disposé face à l'enfant et qui s'éclaire dans ce but à la diligence de l'expérimentateur.

II. — Un certain nombre de variantes peuvent être apportées au fonctionnement de l'appareil.

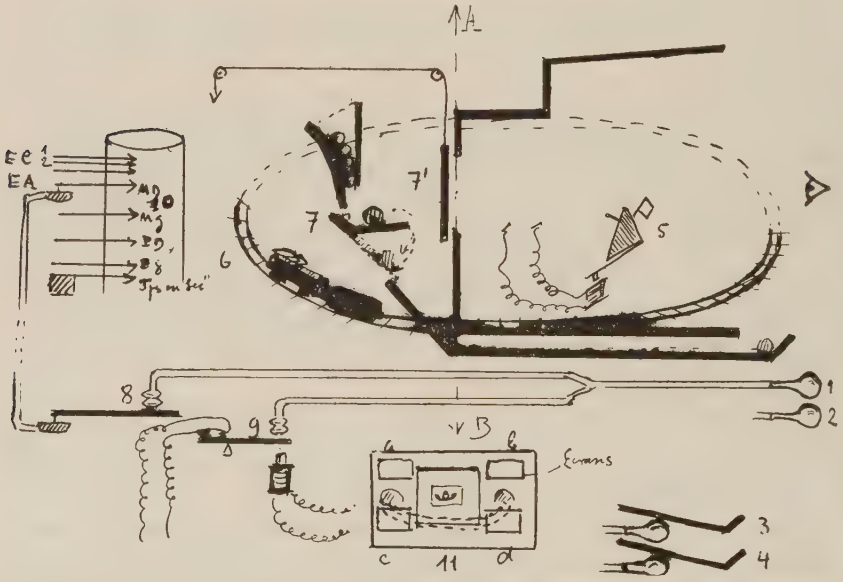
En premier lieu, selon le couplage, on peut faire fonctionner simultanément, soit les deux mains, soit les deux pieds, soit l'hémicorps (droit ou gauche). En second lieu, un commutateur peut permettre de modifier la nature de la motivation. Dans ce cas, le train électrique est remplacé par la présentation lumineuse d'un bonbon (excitant absolu), avec, comme réponse, la chute du bonbon dans une cupule placée devant le sujet, selon une technique utilisée de longue date par l'un de nous. Comme pour le train, cette chute est liée à la mise en

(1) J. Dublineau, B. Honoré et Mme I. Soboul. — L'étude du conditionnement moteur en fonction de la latéralisation. *Annales médico-psychologiques*, 1956, II, 852.

marche d'un dispositif électrique sous l'effet des pressions sur la poire, dispositif qui, lui aussi, ne peut fonctionner que lorsque le bonbon est effectivement présenté au sujet.

L'ensemble est bien entendu, complété par un dispositif de signalisation conditionnelle sonore et lumineuse, ainsi que par le dispositif d'enregistrement graphique.

III. *Conduite de l'expérience.* — L'enfant s'assied. Il applique ses pieds (en chaussettes) sur les pédales, et prend en mains les deux



1° Poire main droite ; 2° poire main gauche ; 3° poire et pédale pied droit ; 4° poire et pédale pied gauche ; 5° excitant absolu (chef de gare) ; 6° train électrique ; 7° et 7°' appareil à bonbons avec rideau relevable ; 8° clenche actionnant l'enregistrement graphique ; 9° clenche actionnant le train électrique ou la benne à bonbons ; 10° enregistrement graphique, avec, de haut en bas, les lignes d'excitants (conditionnels et absolu), les réponses des quatre membres, les temps ; 11° coupe de l'appareil selon AB, montrant les 4 écrans *a, b, c, d,* avec, au centre, la benne à bonbons telle qu'on la voit une fois relevé le rideau 7°'. La voie ferrée, qui passe au-devant du dispositif, est figurée en italique.

poires. On lui apprend à manipuler ces dernières, ainsi que les pédales, sur présentation de l'excitant absolu seul. On l'informe alors que le système (train ou bonbon) peut se déclencher avec n'importe quelle poire, et qu'il n'aura qu'à trouver la poire adéquate pour le démarrage du train (ou la chute du bonbon).

On présente alors l'excitant conditionnel de premier ordre (sonore ou lumineux) ; puis, dix secondes plus tard, l'excitant conditionnel de second ordre (éclairement de l'écran correspondant au membre sollicité : supérieur ou inférieur, droit ou gauche).

Diverses possibilités peuvent être envisagées, selon que l'excitant conditionnel de premier ordre est uniforme ou qu'il indique déjà le sens (droit ou gauche) du côté qui sera sollicité. Pour faciliter la solution du problème, par l'enfant, nous avons adopté la seconde technique (fréquence métronomique 60 pour le côté droit, 120 pour le côté gauche, au cas d'excitant sonore), avec fréquence 200 pour les différenciations inhibitrices.

IV. *Lecture des résultats.* — L'étude des tracés obtenus montre que l'enfant se conditionne plus ou moins volontaire selon le membre considéré. Il existe d'autre part des syncinésies, dont l'étude pourra constituer un des éléments les plus intéressants de la technique. Enfin, les réactions compensatrices, dans les membres non sollicités, peuvent se manifester, soit au cours de la combinaison conditionnelle, soit ultérieurement, dans les espaces intercombinaisons. Elles peuvent d'autre part, au cas de différenciations inhibitrices, n'apparaître que pour tel ou tel membre, et l'étude de ces dissociations compensatrices peut avoir un intérêt complémentaire pour l'étude des dissociations de la dynamique pulsionnelle du sujet. Le tout peut enfin se trouver nuancé, d'une part par l'étude comparative des réactions pour les excitants sonores ou lumineux, d'autre part par le changement de motivation (train ou bonbon) en cours d'expérience.

Étude d'un cas de conditionnement psycho-moteur avec observation de la dynamique simultanée des mains et des pieds, par M. J. Dublineau, Mme I. Soboul, M. B. Honoré et Mlle Th. Didon.

Nous apportons ici les premiers résultats de l'étude conjointe de la dynamique des mains et des pieds au cours du conditionnement psycho-moteur.

Nous avons utilisé ici, au cours des quatre premières séances de conditionnement, seules retenues en l'occurrence, l'excitant conditionnel sonore (métronome), avec la chute d'un bonbon comme motivation.

Observation. — Il s'agit d'une fille de 11 ans, née le 8 février 1945. Quotient intellectuel : 0,77. Niveau scolaire : 9 ans 1/2. Arriération affective mineure sans troubles du caractère. Dextris fonctionnelle et anatomique croisée. Morphologie normo-asthénoïde avec une petite note de rétraction.

Un oncle décédé de sclérose en plaques. Une sœur gauchère. Un frère décédé à deux jours après forceps. Ictère congénital.

Chez cette fille, des conditionnements ont été effectués avec des excitants divers, présentés au cours de huit séances. Nous n'étudierons ici que le résultat des quatre premières séances, seules à retenir pour l'homogénéité de l'expérience.

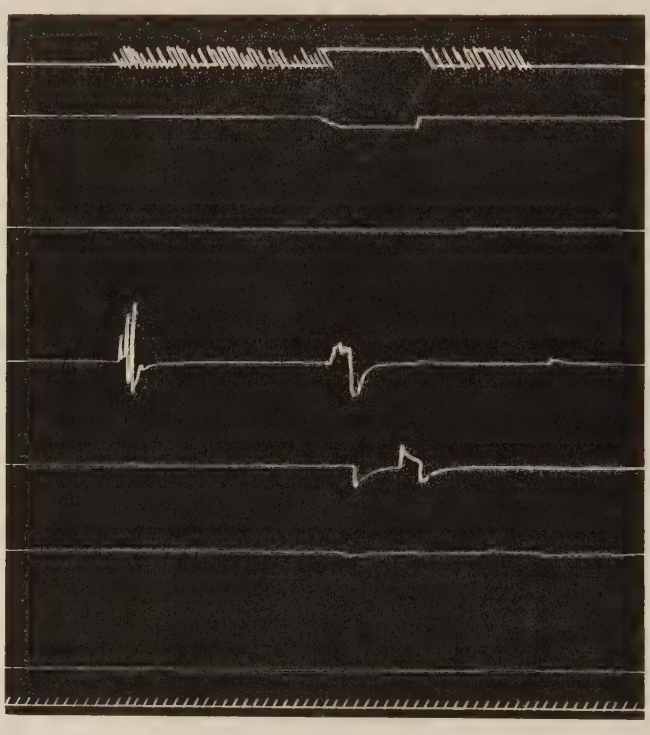


Fig. 1. — 2e séance (21-2-57), 11e combinaison

De haut en bas : M 120 (excitant conditionnel de premier ordre) ; excitant absolu ; excitant conditionnel de second ordre ; réponse main droite ; réponse main gauche ; réponse pied droit ; réponse pied gauche ; temps en secondes. La main gauche est sollicitée.

Remarquer : *a*) un préconditionnement à la main droite; *b*) un conditionnement mineur à la main gauche ; *c*) une réponse syncinétique inadéquate de la main droite à l'excitant absolu ; *d*) des mouvements parasites des pieds, dans lesquels on peut distinguer : pour le pied droit, des mouvements synchrones du début, puis de la fin de l'excitant absolu, un mouvement synchrone de la fin de l'excitant conditionnel de 2e ordre ; pour le pied gauche, un mouvement synchrone de la fin de ce dernier excitant (mouvement syncinétique de celui du pied droit).

Déroulement de l'expérience conditionnelle. — Le nombre des combinaisons a été de 16 le 14 février 1957, de 15 le 21 février, de 16 le 28 février, de 21 le 14 mars. Au cours de ces séances, la main droite a été sollicitée 18 fois, la main gauche 9 fois, le pied droit 10 fois, le pied gauche 13 fois. Enfin, 18 excitations inhibitrices (métronome 200 sans aucun renforcement) ont été présentées, pour l'ensemble des quatre séances (trois la première fois, trois la seconde, quatre la troisième, huit la quatrième).

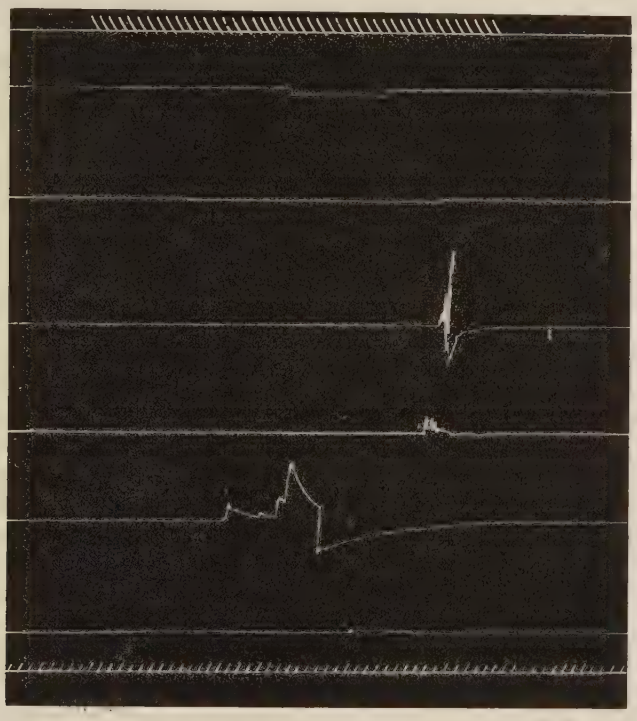


Fig. 2. — 3e séance (28-2-57), 9e combinaison

Pour les lignes, voir figure 1. Le pied droit est sollicité.

Remarquer : *a*) un préconditionnement au pied gauche ; *b*) un conditionnement majeur au pied droit ; *c*) des décharges compensatrices parasites des deux mains après la fin de l'"excitant absolu ; *d*) une faible décharge parasite du pied gauche.

L'enfant s'est conditionnée dans les proportions suivantes :

main droite : 12 fois, soit 66,6 % des combinaisons ;
main gauche : 7 fois, soit 77 % des combinaisons ;
pied droit : 6, soit 60 % des combinaisons ;
pied gauche : 9, soit 69,2 % des combinaisons.

Ces chiffres montrent :

1) que l'enfant se conditionne plus à la main qu'au pied ;

2) conformément à ce que nous avons observé antérieurement, il se conditionne mieux à la main gauche qu'à la main droite.

Dans le cas présent, il s'est conditionné mieux au pied gauche qu'au pied droit.

Dans un certain nombre de cas, une réponse conditionnelle apparaît dès l'audition du métronome (réponse pré-conditionnelle). Cette réponse traduit une sorte de « pari » physiologique de l'enfant sur le côté qui sera proposé. Ce pari a été observé deux fois sur le pied droit et une fois à chaque main. En l'espèce, le pari a donc porté surtout sur le pied droit.

Inhibition. — La différenciation s'est établie dans le cours de la troisième séance. Deux ordres de faits s'observent :

1) Au cours des deux premières séances, des réactions inadéquates sont apparues cinq fois durant l'excitation métronomique pour la main droite, une fois pour la main gauche, et pas du tout pour les pieds.

2) A la fin de la 4e séance, les pieds ont réagi de façon inadéquate alors que la différenciation était définitivement acquise pour les deux mains.

La différenciation s'accompagne de réactions diverses, antérieurement groupées par l'un de nous sous le nom d'« excitation de compensation ». Ces décharges motrices, dont l'étude constitue l'un des temps essentiels du bilan réflexologique, s'observent dix fois avec les mains (cinq pour chaque main), et dix-sept fois pour les pieds (huit fois à droite, neuf à gauche).

Dans l'ensemble, tout se passe donc comme si le sujet, non seulement se conditionnait mieux de la main gauche, mais aussi différenciait mieux de ce côté. Il se conditionne moins, et différencie moins bien au pied qu'à la main.

L'analyse met en évidence des formes neuves d'excitation compensatrice :

a) excitations de compensation plus ou moins syncinétiques à l'occasion des combinaisons inhibitrices ;

b) excitations de compensation (elles-mêmes également plus ou moins syncinétiques) au cours des combinaisons positives, mais portant sur les membres non sollicités. Ces excitations se présentent, tantôt au cours de la combinaison (excitation intra-combinationnelle), tantôt à la suite de cette dernière.

Syncinésies. — L'étude des tracés montre l'existence de nombreuses syncinésies, soit entre les mains, soit entre les pieds, soit portant sur trois ou quatre membres. Ces faits sont seulement mentionnés, en tant que constituant l'amorce de recherches ultérieures.

Un traitement efficace des ictères provoqués par la chlorpromazine, par MM. Fouks, Laine, Pagaud et Largeau

De nombreux auteurs, surtout à l'étranger, ont signalé l'apparition d'ictères au cours des traitements par la chlorpromazine. Il semble le plus souvent s'agir d'ictères mécaniques par atonie des fibres lisses et cholostase. Quelques auteurs américains auraient cependant signalé l'apparition d'hépatites graves et même mortelles.

Longtemps, ces ictères nous ont obligés à suspendre la chlorpromazine. Ce nonobstant, malgré des tubages duodénaux qui nous ont permis de ramener une bile épaisse et foncée, malgré un régime lacto-végétarien ainsi que la prescription systématique d'extraits hépatiques, de vitamines B12, de cholagogues, en particulier de félamine ainsi que d'acides aminés hépato-protecteurs, la durée moyenne de ces ictères se situa aux environs de trois semaines.

Ainsi que nous l'avons signalé récemment, ayant eu l'occasion de constater les heureux effets que le 5101 M.D. ou acide 1-méthoxy-4-naphtoyl-propionique, avait dans les états saburraux si fréquemment observés au cours des traitements neuroleptiques, nous avons été amenés à traiter nos ictères avec ce même cholérétique. Grâce au 5101 M.D., malgré la poursuite du traitement par la chlorpromazine, ces ictères ont souvent disparu dès le deuxième ou troisième jour et n'ont jamais duré plus de six à huit jours. C'est pourquoi nous avons cru qu'il n'était pas sans intérêt de vous rapporter quelques observations d'ictères traités ou non avec le 5101 M.D.

Bien que notre service soit un quartier d'hospice faisant partie d'un centre dit hospitalier régional, nous n'avons pu faire pratiquer les examens de laboratoires les plus élémentaires, à l'exception de la recherche des sels et pigments biliaires dans les urines, et nous avons dû nous en tenir à la seule observation clinique.

I. — *Observations d'ictères aux neuroleptiques traités sans 5101 M.D.*

Observation 1. — Mme Br..., 43 ans, entrée le 7 novembre 1956. Confusion mentale chez une dégénérée oligophrène ; amaigrissement, douleurs lombaires, troubles du sommeil depuis plusieurs mois, désorientation, hallucinations auditives, incohérence idéo-verbale. Cure de sommeil aux neuroleptiques : largactil 300 mgr., serpasil 5 mgr. Apparition, en fin de cure, d'un ictère franc. Arrêt des neuroleptiques. Après quatre jours de traitement, l'ictère régresse mais ne disparaîtra que le 17e jour.

Observation 2. — Mme Fu..., 60 ans, entrée le 5 août 1955. Affaiblissement intellectuel avec aphasie, désorientation, euphorie niaise, cérébro-sclérose. Cure de sommeil avec largactil, 100 mgr. injectable. Apparition, trois semai-

nes plus tard, d'un ictère : urines foncées, selles décolorées, prurit, anorexie. Arrêt du largactil. L'ictère persistera pendant trois semaines.

Observation 3. — Mme Pou..., 66 ans, entrée le 9 novembre 1955. Mélancolie anxieuse sur fond d'involution, angoisse, hallucinations auditives, délire d'indignité et de culpabilité. Traitement par les neuroleptiques (largactil 300 mgr., serpasil 5 mgr.). Apparition en quelques jours d'un ictère avec décoloration des selles, coloration des téguments et des muqueuses, point vésiculaire. On cesse les neuroleptiques. Au 9e jour, l'ictère commence à regresser pour disparaître totalement au 14e jour.

Observation 4. — Mme Ve..., 56 ans, entrée le 17 octobre 1956. Mélancolie délirante, concentration, idées de ruine et de persécution, agressivité. Cure de sommeil aux tranquillisants puis aux neuroleptiques (100 mgr. de largactil, 4 mgr. de serpasil). Au 8e jour de ce traitement, apparition d'un ictère avec coloration des téguments et des muqueuses, état subfébrile, décoloration des selles, bradycardie, prurit. Arrêt de la cure de sommeil et suppression des neuroleptiques. Après onze jours de traitement, l'ictère commence à régresser. Il disparaît au 13e jour.

II. — *Observations d'ictères après neuroleptiques traités par le 5101 M.D. et sans arrêt des neuroleptiques*

Observation 1. — Mlle Be..., 54 ans, entrée le 4 mai 1957. Schizophrénie paranoïde évoluant depuis plusieurs années, excitation psychomotrice, idées délirantes mal systématisées, hallucinations auditives et cénesthésiques, maigreur, mauvais état général. Cure de sommeil aux neuroleptiques (serpasil 5 mgr. *per os*, largactil 300 mgr.). Au 18e jour de la cure, apparition d'un ictère avec coloration des téguments et des muqueuses, anorexie, état saburral. On ajoute au traitement neuroleptiques 4 cc. de 5101 M.D. par jour, soit 0 gr. 60. La malade indocile, prenant irrégulièrement ses comprimés, ceux-ci sont remplacés quatre jours plus tard par une ampoule, soit 0 gr. 70, et l'on baisse la chlorpromazine (100 mgr.). Quatre jours plus tard, l'ictère diminue et disparaît totalement deux jours plus tard.

Observation 2. — Mme Bo..., 58 ans, entrée le 13 avril 1957. Confusion mentale chez une éthylique chronique impénitente, agitation, teint subictérique, foie gros et mou, météorisme abdominal. Traitement : largactil 200 mgr., curéthyl, strychnine, B 12, nicobion. Le 16 avril, apparaît un ictère franc avec coloration des muqueuses et des téguments. On adjoint alors au traitement 4 cc. de 5101 M.D., soit 0 gr. 60 par jour. Trois jours plus tard, l'ictère a disparu.

Observation 3. — Mme Bri..., 56 ans, entrée le 4 décembre 1956. Confusion mentale, idées de persécution et de suicide. Hallucinations auditives et visuelles, obtusion, désorientation. Cure de sommeil aux neuroleptiques avec largactil 300 mgr., serpasil 5 mgr. par jour. Apparition au 23e jour d'un ictère avec coloration des muqueuses et des téguments, décoloration des selles, vomissements, bradycardie. On prescrit 4 cc. de 5101 M.D. par jour, soit 0 gr. 60. Trois jours après, disparition de l'ictère.

Observation 4. — Mme Bru..., 42 ans, entrée le 13 mars 1957. Confusion mentale, désorientation, anxiété, onirisme visuel, idées d'ensorcellement, éthylisme probable, petit foie, suspicion d'une légère lame d'ascite. Traitée par plégicyl, puis largactil. Au 30e jour, apparition d'un ictère franc avec coloration des téguments et des muqueuses, état nauséeux, urines foncées, décoloration des selles, bradycardie. On ajoute aux neuroleptiques 3 cc. de 5101 M.D., soit 0 gr. 45. Au quatrième jour, disparition totale de l'ictère.

Observation 5. — Mlle Guim..., 45 ans, entrée le 31 janvier 1957. Schizophrénie, délire mystique, logorrhée, diffluence. Traitée de suite aux neuroleptiques : largactil 300 mgr., serpasil 5 mgr. Fin février, apparition d'un ictère, décoloration des selles, constipation. On poursuit les neuroleptiques en ajoutant 4 cc. de 5101 M.D., soit 0 gr. 60 par jour. Au quatrième jour, disparition complète de l'ictère.

Observation 6. — Mme Laf..., 44 ans, entrée le 27 février 1957. Confusion mentale, stuporeuse, entrecoupée de phases d'agitation, onirisme visuel, état saburral, suspicion d'éthylisme. A la confusion mentale succède une dépression bâtarde. Le 27 mars, cure de sommeil aux neuroleptiques : serpasil 2 mgr. 5, largactil 300 mgr. Le 18e jour, apparition d'un ictère avec décoloration des selles, urines foncées, présence de sels et de pigments biliaires, anorexie, bradycardie. On ajoute aux neuroleptiques 4 cc. de 5101 M.D., soit 0 gr. 60. Dès le deuxième jour, l'ictère commence à régresser, il a disparu le troisième.

Observation 7. — Mme Pic..., 47 ans, entrée le 4 mars 1957. Excitation maniaque chez une débile, agressivité, instabilité psychomotrice, logorrhée, insomnie, cure de sommeil aux neuroleptiques avec 5 mgr. de serpasil, 300 mgr. de largactil. Le 20e jour, apparition d'un subictère puis ictère franc. 5 cc. de 5101 M.D., soit 0 gr. 75 par jour, sans cesser les neuroleptiques, amènent la disparition complète de l'ictère trois jours plus tard.

Conclusion

Le 5101 M.D. est le seul produit qui nous ait permis de poursuivre le traitement par la chlorpromazine en faisant disparaître très rapidement l'ictère provoqué par cette médication. Alors qu'antérieurement, malgré l'arrêt de la chlorpromazine, l'ictère durait au minimum deux à trois semaines, depuis que nous utilisons le 5101 M.D., l'ictère est souvent nettoyé en deux à trois jours, six au grand maximum, malgré la poursuite du traitement par la chlorpromazine.

Ainsi que nous avons eu l'occasion de le rappeler au début de cette communication, les neuroleptiques sont souvent à l'origine d'états saburraux plus ou moins accentués et gênants. Dans tous ces cas, le 5101 M.D. nous a donné d'excellents résultats.

Pour terminer, nous voudrions insister une fois de plus sur la nécessité de disposer d'un laboratoire capable d'effectuer tous les

examens qui deviendront chaque jour plus nécessaires pour la poursuite et la surveillance des traitements chimiothérapiques dont l'ère vient de s'ouvrir.

Discussion

M. Xavier Abély. — On admet généralement que les ictères survenus au cours d'un traitement à la chlorpromazine et qui se caractérisent par leur prolongation, sont de simples ictères par rétention. Dans un cas de ce genre, les examens biologiques (réaction de Mac-Lagan, de Hanger, de Gros) m'ont révélé l'existence d'une hépatite certaine. Il est fort possible que, dans bien des cas, la cellule hépatique, primitivement ou à la suite d'une rétention prolongée, soit elle-même plus ou moins touchée. C'est pourquoi des traitements plus complets que ceux s'adressant à une pure rétention paraissent indiqués et sont susceptibles d'accélérer la guérison de l'ictère. Les résultats obtenus par Fouks peuvent peut-être s'expliquer ainsi.

Election d'un membre correspondant national

Après audition d'un rapport de M. G. Heuyer, au nom d'une commission composée de MM. Michaux, Minkowski et Heuyer, rapporteur, M. le Dr Paul-Henri Davost est élu *membre correspondant national,* par 12 voix sur 13 votants.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :

G. Teulié.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 10 janvier 1957

Une nouvelle observation de sclérose latérale amyotrophique familiale, par MM. M. Bonduelle et P. Bouygues

Observation d'un sujet de 48 ans, qui présente le tableau d'une sclérose latérale amyotrophique. La mère du malade, deux tantes et deux sœurs plus âgées sont mortes en quelques années de paralysie progressive, dont le début se situait entre 30 et 50 ans. La netteté des caractères cliniques, l'âge du début, la durée de l'évolution reproduisaient en tous points les signes cliniques de la maladie de Charcot.

Intermédiaire épileptique dans certains types de bégaiement, par MM. J. Guillaume, G. Mazars et Mme Y. Mazars

Chez trois malades, dont deux sont épileptiques, le bégaiement s'accompagne, au point de vue électrographique, d'une décharge d'ondes lentes rythmiques. Le mécanisme du bégaiement semble faire intervenir un intermédiaire épileptique que l'excision corticale du foyer épileptogène, dans un cas, et le traitement anticomitial dans un autre, ont supprimé.

Cinq observations d'allachestésie, trouble sensitif d'un type particulier observé après cordotomie, par MM. J. Pecker et J. Le Beau.

L'allachestésie ou perception d'une excitation cutanée en un point éloigné de la surface tégumentaire a été observée chez quatre malades qui ont subi une cordotomie et chez un cinquième une section physiologique de la moelle. La zone de perception, fixe pour un malade donné, siège le plus souvent au-dessus du niveau supérieur de l'anesthésie ; parfois, la perception se fait en un point symétrique du côté opposé du corps.

Paralysie progressive du nerf médian au niveau du canal carpien en rapport avec une malformation congénitale de la moitié externe du poignet (extrémité inférieure du radius, scaphoïde, trapèze), par MM. Th. Alajouanine, J. Nick, R. Villey et F. Santagostini.

La paralysie du médian carpien progressive est sans doute liée à une souffrance mécanique du nerf due à une compression ; le canal carpien est

rétréci. Une conséquence pratique des constatations consiste en la nécessité d'une intervention libératrice par section du ligament annulaire du carpe.

Répartition érythroplasmatique de l'aldolase au cours du delirium tremens, par MM. G. Dastugue, B. Pomme, P. Bastide, R. Planche et V. Dubief.

L'aldolase est un enzyme qui joue un rôle irremplaçable dans le phénomène de glycolyse musculaire. Technique utilisée pour évaluer l'aldolasémie des sujets atteints de delirium tremens. Il est possible d'établir un rapport étroit entre l'augmentation du taux de l'aldolasémie et l'importance de l'agitation psychomotrice présentées par les malades.

Étude clinique et électro-encéphalographique d'un cas de dysynergie cérébelleuse myoclonique associée à une maladie de Friedreich, par M. J.-N. Vallat.

Chez un sujet, agé de 35 ans, on note l'association d'un syndrome cérébelleux, de myoclonies avec attaques statiques, d'une crise d'épilepsie généralisée, de signes orientant sur une maladie de Friedreich.

Angiographie cérébrale en série par radio-photographie (caméra Odelca), par MM. J. Guillaume et R. Djindjian

La préoccupation dominante de l'angiographie cérébrale est d'augmenter le nombre des images au cours du passage du produit de contraste dans les vaisseaux. La caméra Odelca (photographie d'écran fluorescent) a été perfectionnée pour l'angiographie cérébrale. Ses avantages comprennent : un examen angiographique dans lequel tous les temps sont visibles, un examen permettant une étude fonctionnelle de l'angiographie, un examen où des stades pathologiques peuvent être multipliés. Son maniement est d'une grande facilité.

L. Marchand.

Séance du 7 février 1957

Essais de classification des « angiomes » artério-veineux (anévrismes cirsoïdes) du cerveau. A propos de 25 observations avec contrôle histologique, par M. J.-E. Paillas, Mme Berard et M. G. Serratrice.

Les auteurs ont schématisé ainsi les images observées histologiquement dans leurs 25 observations. Les angiomes du type I sont constitués par des capillaires embryonnaires ; ce type angioblastique est rare. Un seul cas sur les 25 observations. Les angiomes du type II réunissent des structures non encore différenciées dans le sens artériel ou veineux. Ce sont les plus fréquents ; ils prédominent dans la pie-mère ou plus souvent dans le parenchyme (13 cas). Les angiomes du type III, à parois artérielles ou veineuses.

Gliomes et traumatismes cranio-cérébraux. La règle de continuité anatomique, par MM. J. Dereux et J. Ernest.

Le critère de la continuité anatomique est particulièrement utile et important pour préciser les rapports entre traumatisme et gliome. Lorsqu'il existe une présomption en faveur de l'origine traumatique d'un gliome, la présence à sa périphérie d'un tissu cicatriciel organisé ou en voie d'organisation est un élément de quasi-certitude.

Le coma hypopituitarien,
par MM. Jacques Decourt, J.-P. Michard et E. Bernard-Weil

Le coma hypopituitaire peut survenir dans les insuffisances hypophysaires du *post-partum*, et au cours des tumeurs de l'hypophyse. Le diagnostic peut présenter des difficultés. Trois observations sont rapportées. Annoncé par une torpeur progressive, précédée parfois par une ou deux crises convulsives, le coma peut être profond, flasque ou avec contracture. Certains cas évoquent le coma hypoglycémique, d'autres le coma myxœdémateux, d'autres encore l'insuffisance surrénale aiguë. Le traitement de l'insuffisance surrénale est fondamental. L'extrait thyroïdien peut être d'un appoint utile.

Examens par micro-électrophorèse sur papier des protéines du sérum et du liquide céphalo-rachidien dans 3 cas de leuco-encéphalite sclérosante subaiguë, par MM. H. Van Wymeersch, A. Lowenthal, M. van Sande et D. Karcher.

Les examens électrophorétiques ont été pratiqués dans trois cas de leuco-encéphalite sclérosante subaiguë. Comme éléments intéressants, ils montrent : 1° les globulines en excès dans le liquide céphalo-rachidien, surtout constituées de glucidoprotéines ; 2° l'augmentation des γ-globulines dans le sérum.

Syncopes et convulsions à propos de la nature syncopale de certains spasmes du sanglot et de certaines convulsions essentielles hyperthermiques ou à froid, par MM. H. Gastaut et Y. Gastaut.

Les syncopes sont très fréquentes chez l'enfant de moins de 5 ans. Le mécanisme vaso-dépressif joue un rôle certain dans le développement de l'anoxie cérébrale responsable des syncopes. La cardio-inhibition joue aussi un rôle important. L'enfant présente une hypervagotonie constitutionnelle qui décroît avec l'âge et qui est mise en évidence par le réflexe oculo-cardiaque.

Formes neurologiques subaiguës des intoxications par les esters phosphoriques, par MM. P. Cossa et M. Camuzard.

Des insecticides appartiennent au groupe chimique des esters phosphoriques. Leur emploi a causé chez un sujet une polynévrite sensitivo-motrice et chez un autre un tableau d'atteinte encéphalitique à symptomatologie psychique et neurologique avec une perturbation du tracé électro-encéphalographique.

Un cas d'atrophie cérébelleuse tardive d'évolution particulière,
par MM. P. Cossa et F. Paoli

Une religieuse de 51 ans présente un syndrome de déficit cérébelleux bilatéral, à début tardif, à marche progressive et caractérisé par un trouble de l'équilibre, par des troubles de la coordination prédominant sur les membres supérieurs. Amélioration considérable après encéphalographie par voie lombaire ayant décelé l'atrophie cérébelleuse et un certain degré d'atrophie cérébrale.

Deux observations de syndrome de Guillain-Barré à forme récidivante,
par MM. J. Roger et J. Boudouresques

Rapport de deux observations. Dans la première, apparition rapide et régression rapide au cours de deux épisodes d'un tableau typique de polyradiculonévrite avec, au cours de la première atteinte, paralysie faciale bilatérale. Dans le deuxième cas, forme atypique autorisant quelques hésitations à l'intégrer dans le cadre du syndrome de Guillain-Barré en raison de l'évolution prolongée de l'affection au cours des deux épisodes.

L. Marchand.

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 11 mai 1957

Présidence : Dr Ch.-H. NODET, Bourg (Ain)

Manifestations psychiatriques de la maladie de Hansen,
par J.-R. Cohen, R. Poiré, R. Hay et P. Laporte (Nancy)

Observation de manifestations psychiatriques au cours d'un cas de maladie de Hansen :

Séjour en Indochine de 1945 à 1947. Apparition, dès 1948, de troubles mentaux à type, d'abord, d'accès dépressifs avec surcharge anxieuse, auxquels s'ajoutent bientôt des manifestations caractérielles (violences, menaces, agressivité verbale, irascibilité, etc...) et des phénomènes interprétatifs à thème essentiel de persécution, plus accessoirement de jalousie. Ce n'est qu'au cours d'une nouvelle hospitalisation récente (1956) pour ces troubles psychiques, que le diagnostic de maladie de Hansen est porté et communiqué au malade. Lésions cutanées anesthésiques de la face, coryza lépreux, signes

neurologiques (zone d'anesthésie, mal perforant plantaire). Confirmation bactériologique. Deux problèmes se posent à propos de cette observation : en premier lieu, la superposition étroite des manifestations cliniques psychiatriques avec celles notées dans quelques observations antérieures de troubles mentaux de la lèpre rend très improbable l'hypothèse d'une simple coïncidence et amène à se demander s'il n'y a pas lieu d'isoler un syndrome psychiatrique de la lèpre fait de la triade symptomatique : syndrome dépressif, syndrome caractériel, syndrome interprétatif. En second lieu, l'évolution, pendant plusieurs années de tels troubles mentaux chez un sujet menant une vie normale et ne se sachant pas atteint de lèpre, semble infirmer l'allégation courante suivant laquelle les troubles mentaux des lépreux sont de simples réactions psychologiques des malades à leur maladie et à ses conséquences sociales et morales. Les mécanismes liant le syndrome psychiatrique à la maladie restent à définir et l'hypothèse d'une psychose toxémique ne peut être proposée qu'avec une certaine prudence.

Évolution d'un syndrome schizophrénique après apparition spontanée de crises comitiales, par MM. P. Royer, A. Parmantier et P. Laporte (Nancy).

Les auteurs relatent l'observation détaillée d'une malade de 30 ans, sans antécédents comitiaux ou paracomitiaux chez laquelle après 10 ans d'évolution schizophrénique typique ont apparu des crises épileptiques.

Triple intérêt clinique :

1) Transformation du syndrome schizophrénique réalisant un tableau clinique paradoxal et déroutant du fait d'une structure mentale à la fois schizophrénique et épileptoïde.

2) Stabilisation de la dissociation sous l'influence des crises épileptiques qui semblent réaliser un autotraitement. Reprise de l'évolution schizophrénique dès la disparition de ces crises sous l'influence d'un traitement anticomitial.

3) Inefficacité des traitements de choc sur l'élément schizophrénique.

Observation en faveur de l'antagonisme clinique anciennement décrit entre épilepsie et schizophrénie vraie.

Deux cas de psychose d'involution maniaque et mélancolique. Observation post-électrochocs, par MM. Th. Kammerer, R. Ebtinger, R. Braun et R. Herz (Strasbourg).

Poursuivant leur travail sur les états post-électrochocs, les auteurs ont entrepris l'étude systématique des psychoses maniaques et dépressives. Ils présentent deux cas de psychose d'involution mélancolique (traitée par six électrochocs) et maniaque (traitée par 10 électrochocs). Une observation pratiquement continue de toute la cure leur a permis de décrire des phases post-électrochocs nettement individualisées au point de vue psychopathologique. Les faits les plus saillants sont l'évolution des phases qui se transforment au cours de la cure, l'apparition de phénomènes de projection et le processus de liquidation du délire. Le détail de ces observations sera exposé dans un travail d'ensemble qui paraîtra prochainement.

Un cas de schizophasie. Action des agents pharmacodynamiques (Maxiton, Nesdonal, L.S.D.) et observation post-électrochocs, par MM. Th. Kammerer, L. Singer, R. Ebtinger, R. Braun et R. Herz (Strasbourg).

Présentation d'un enregistrement de schizophasie d'une femme de 46 ans atteinte de schizophrénie paranoïde. Le bilinguisme de la malade constitue l'élément intéressant de la schizophasie. Déformation de mots, néologismes et troubles syntaxiques se retrouvent de manière analogue en français et en dialecte alsacien. Les agents pharmaco-dynamiques entraînent des modifications du débit et du rythme (accélération extrême du débit après maxiton, modéré avec L.S.D. et ralentissement sous nesdonal), mais aucune modification structurale. Quatre observations post-électrochocs ont été pratiquées. Les réponses verbales ne sont réapparues qu'après 3/4 d'heure à une heure. Ce mutisme n'était pas en rapport avec l'obnubilation de la conscience, la malade témoignant par ailleurs de son attention et de son intérêt pour l'entourage. Le langage réapparaît d'emblée dans sa forme schizophasique.

Considérations sur l'encéphalographie gazeuse chez les alcooliques chroniques, par MM. Thiebaux, P. Haure-Place, R. Queniart et R. Lang (Ravenel).

Complications neuro-psychiatriques d'un coma oxycarboné,
par M. H. Bourghoud (Châlons-sur-Marne)

Une intoxication oxycarbonée a entraîné un coma de 36 heures chez un sujet ne présentant aucun antécédent pathologique ou mental. Apparition d'un syndrome de confusion mentale stuporeuse après multiples crises de rire spasmodique et d'un syndrome d'hypertonie avec libération des automatismes sous-corticaux. Période de latence de 15 jours. Aggravation progressive vers un comportement démentiel paraissant définitif. Réversibilité des troubles et évolution parallèle des symptômes physiques et neuro-psychiques sous l'effet d'une vitaminothérapie B 1-B 2 continue. Double intérêt de ce cas, la femme du sujet, légèrement intoxiquée, a présenté les mêmes troubles, plus atténués, après une période de latence de huit semaines.

Évolution d'un cas complexe d'anarthrie, guérison partielle à la suite d'une thérapeutique psychiatrique, par MM. M. Beaudoin, A. Parmantier, C. Colmar (Nancy).

Il s'agit d'un malade présentant une anarthrie survenue à la suite d'un violent traumatisme de la nuque et de la tête au cours d'un saut en parachute. Pas de signes neurologiques associés mais perturbations de l'électro-encéphalogramme localisées à droite et flou papillaire droit. Echec des thérapeutiques vasculaires. Le sujet est un gaucher contrarié. Les auteurs, deux mois après l'installation de l'anarthrie, pratiquent un simulacre de choc potentialisé par une injection intraveineuse simultanée d'acétylcholine. Le malade récupère en partie l'usage de la parole ; il persiste de très fréquents blocages à l'expression du mot rendant la parole difficile. Echec des thérapeutiques ultérieures.

Les auteurs pensent à une intrication de facteurs organiques et fonctionnels faisant intervenir la pathologie difficile des troubles du langage chez les gauchers en particulier contrariés.

Les modifications hématologiques au cours des traitements à la réserpine

par MM. H. Maurel, L. Nitzan et J.-P. Spielman (Rouffach)

Etudiant systématiquement sur 147 malades femmes traitées à la réserpine la numération globulaire et la formule sanguine, les auteurs ont constaté l'absence de modifications hématologiques importantes.

Une diminution des hématies et du pourcentage d'hémoglobine est de règle sans qu'il y ait jamais d'anémie vraie.

Le nombre de leucocytes est augmenté à plus de 9.000 éléments dans 57 % des cas avec tendance à une légère polynucléose. Le pourcentage des mononucléaires est modérément abaissé.

Espéral et résistance globulaire,

par MM. P. Royer, P. Balland et P. Laporte (Nancy)

Réflexions sur la posologie de la réserpine,

par MM. H. Maurel et J.-P. Spielman (Rouffach)

A propos de 265 cures de réserpine pratiquées en milieu psychiatrique fermé, les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt que peuvent présenter, notamment dans le traitement des manies aiguës et des schizophrénies rebelles, les doses élevées de réserpine. Ils ont été amenés à prescrire chez 31 malades en bonne condition physique, et en association avec des antiparkinsoniens, des doses situées entre 30 et 90 mgr., sans observer de complications graves ni d'effets secondaires plus marqués qu'avec les doses usuelles. Le champ d'efficacité du médicament a pu s'étendre de la sorte à des cas qui n'avaient pas réagi à des doses plus faibles. Les posologies massives semblent contre-indiquées dans la sénilité et l'insuffisance cardiaque. Les auteurs insistent sur la nécessité, pour une juste estimation de la valeur thérapeutique de la réserpine, d'utiliser un éventail posologique très étendu.

Observations psycho-pathologiques après chocs amphétaminés,

par MM. Israël, Mlle C. Pascal et J.-F. Lévy (Strasbourg)

Psychologie des fillettes ayant subi un choc sexuel,

par MM. M. Mathis et R. Braun (Strasbourg)

27 dossiers du centre d'observation de Strasbourg-Neuhof ont été étudiés. Dans un premier groupe de 13 fillettes ayant subi un viol ou une tentative de viol, on est frappé par le caractère frustrant ou angoissant de la totalité des familles d'origine. La mère joue un rôle préparant au traumatisme. L'intensité de la culpabilité n'est pas fonction de la gravité des faits, mais de la finesse morale du milieu, elle est exacerbée par l'absence de protection familiale ; la contrainte est plus culpabilisante que le consentement, les défenses indiquant une sensibilité plus grande. Dans le deuxième groupe de 14 fillettes ayant subi des attouchements et exhibitionnisme, les réactions sont noyées dans un cortège de troubles caractériels préexistants ; on y voit une agressivité assez forte à l'égard de la mère dont le rôle est déterminant dans 10 cas. Dans l'ensemble, les réactions constatables sont relativement discrètes à l'âge où les enfants ont été vues.

Les normes de l'Institut médico-pédagogique pour semi-éducables, par M. M. Mathis (Strasbourg)

Ces instituts médico-psychologiques sont conçus pour des enfants et adolescents arriérés dont le quotient intellectuel se situe entre 40-50 et 65 ; leur état neurologique et mental exige une orientation particulière des efforts : homogénéité du recrutement, remise en ordre d'un état physique souvent déficient, rééducation psychomotrice et orthophonique indispensable, prédominance des activités sensorio-motrices sur le travail scolaire (axé surtout sur la lecture et le calcul), entraînement professionnel polyvalent et simple basé sur l'automatisation et le rendement, préparation à la vie sociale dès l'internat, puis réintégration ultérieure. Celle-ci n'est à espérer que dans les cas les plus favorables : la présence d'une famille vraiment protectrice est la condition essentielle.

Résultats de la sélection de 226 pupilles de l'Assistance publique au Centre de sélection de la 7e Région militaire, par M. F. Lang (Ravenel)

L'auteur donne quelques notions de la sélection dans l'armée, ses moyens, ses buts et ses bases principales.

Les examens psychotechniques pratiqués déterminent un niveau scolaire, un niveau de culture et un niveau général. Il donne des tableaux statistiques de la répartition de la population française dans les catégories de ces différents niveaux.

Utilisant un échantillon de 226 pupilles de l'Assistance publiques testés du 1er juillet au 31 décembre 1956 au centre de sélection de la 7e Région militaire il compare leurs résultats à ceux obtenus par l'ensemble des recrues. Il montre par l'établissement de courbes que pour les niveaux « bas », le pourcentage des pupilles de l'Assistance publique est bien supérieur à celui de l'ensemble des recrues et que pour les niveaux « élevés » ce pourcentage est bien inférieur.

Sans entrer dans l'étude approfondie des causes de cet état de choses, il signale qu'il y a là un problème important à résoudre vis-à-vis des pupilles de l'Assistance publique qui, à l'âge de 20 ans, apparaissent très diminués par rapport à leurs camarades. Le choix des familles nourricières n'est pas toujours très heureux et beaucoup d'entre elles ne voient dans les pupilles que le moyen de se procurer des ouvriers agricoles à bon compte sans se préoccuper de leur évolution morale et intellectuelle.

La meilleure solution semble être dans les moyens qui permettraient aux pupilles de l'Assistance publique de trouver dans un milieu *adoptif* offrant des garanties suffisantes, une sécurité affective et matérielle réelle et constante, qui semble indispensable à un harmonieux développement physique et moral.

Rôle médico-social du psychiatre en dehors du cadre hospitalier, par Mme E. Abraham (Belfort)

Ressources hospitalières et perspectives de cure dans les cas de psychose infantile, par M. D. Schneider (Mulhouse)

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 13 avril 1957

Présidence : **M. E. BRUYNINCKX**, président

Un cas de désorganisation fonctionnelle limitée à une direction de l'espace, par M. P. Verbecken

Au cours de l'étude et du traitement des acalculies chez l'enfant, on constate régulièrement d'importants troubles spatiaux. C'est surtout la structuration des différentes directions obliques qui est difficile chez certains enfants. Cependant, la psycho-pédagogie et la psycho-physiologie se sont relativement peu occupées du problème de l'oblique. C'est pourquoi l'auteur rapporte l'étude détaillée du cas d'une jeune fille de 20 ans (mémoire à paraître dans l'*Encéphale*), capable de reproduire des figures complexes et de dessiner, mais qui échoue régulièrement pour une seule direction oblique : celle qui va de haut en bas et de gauche à droite. Diverses épreuves démontrent que la perception est absolument normale : c'est l'exécution motrice qui est un défaut. Il s'agit d'une déstructuration jacksonienne du fonctionnement nerveux qui empêche l'inhibition de certaines tendances inférieures. L'auteur discute les mécanismes neurologiques qui peuvent rendre compte de ces anomalies et montre la complexité de la genèse psychologique de l'oblique.

Essai d'un mélange doridène-serpasil dans divers états d'excitation psychiques, par M. C. Bongaerts

L'auteur a expérimenté dans divers états d'excitation psychique, et principalement dans l'agitation des psychoses séniles, un mélange de 250 mgr. de doridène avec 2/10 mgr. de serpasil. Celui-ci augmente l'action hypnotique du doridène. Quatre comprimés par jour, dont deux le soir, suffisent généralement. Ce mélange évite la toxicité de doses élevées de serpasil et l'emploi du largactil, qui a souvent une action dépressive sur la respiration des vieillards.

J. Ley.

Séance du 25 mai 1957

Présidence : M. E. BRUYNINCKX, président

Épilepsie psychique, par M. L. Descamps

L'auteur rapporte l'histoire clinique de trois malades qui ont présenté, le premier un syndrome dépressif et par moments confusionnel, avec troubles pyramidaux et gnosiques transitoires ; le second, un syndrome confusionnel à début brusque, qui a récidivé six fois ; le troisième, un syndrome schizophrénique avec accès psychomoteurs accompagnés d'obnubilation mentale.

Dans les trois cas, des examens électro-encéphalographiques pratiqués à certains moments de leur évolution ont montré des signes classiques d'épilepsie temporale qui ont rétrocédé par le traitement anti-comitial, en même temps que l'état mental des patients s'améliorait considérablement. Tous les examens destinés à mettre en évidence une éventuelle lésion cérébrale sont restés négatifs, même dans le cas qui a présenté un syndrome neurologique transitoire.

A propos d'un cas d'épilepsie neuro-végétative, par Mme S. Duret-Cosyns

Relation détaillée du cas d'une femme de 52 ans, suivi pendant plusieurs années, qui présente des crises caractérisées par un érythème de la moitié supérieure du corps avec palpitations, battements dans la tête, coliques abdominales se terminant par une débâcle intestinale, chute importante de la tension artérielle, parfois perte de connaissance, mais jamais de mouvements toniques ou cloniques. Cette crise ressemble cliniquement à un choc anaphylactique ou à une crise nitritoïde. Il existe chez cette malade un contexte névrotique très important et les crises sont toujours déclenchées par un facteur émotionnel.

L'électro-encéphalogramme enregistré après une crise grave a révélé des perturbations de type comitial. L'état de la malade a été amélioré par la psychothérapie et par l'administration de mésantoïne, alors que les barbituriques avaient paru plutôt aggraver la situation. Discussion du rôle de l'émotion dans le déclenchement des crises.

Contribution à l'étude des épisodes psychiques de l'épilepsie : état de mal de petit mal (enregistré à l'électro-encéphalographe), diagnostiqué comme confusion mentale épileptique, par M. J. Meurice.

Relation du cas d'une femme de 50 ans, débile mentale qui présente, à l'approche des règles, des crises convulsives précédées d'un malaise de plusieurs heures et suivies d'un état confusionnel. Le traitement anti-comitial a fait diminuer le nombre des crises tandis que les épisodes confusionnels

devenaient plus fréquents. L'électro-encéphalogramme a montré à ce moment des bouffées bilatérales synchrones de pointes-ondes et de polypointes-ondes, suivies parfois d'une crise convulsive généralisée. L'étude des tracés successifs montre qu'il ne s'agissait pas de confusion mentale, mais de petit mal subintrant. L'auteur insiste sur la longueur des phénomènes prémonitoires et discute la notion d'aura.

J. Ley.

Société belge de neurologie

Séance du 13 avril 1957

Présidence : M. C. ANDERSEN, président

Sur la pathologie des gliomes, par M. O. Stochdorph (de l'Académie de médecine de Düsseldorf ; Institut de pathologie ; prof. H. Meesen)

L'auteur propose, au lieu du schématisme cytologique, une conception de l'histologie des gliomes, dans laquelle le tableau histologique est considéré comme subordonné au comportement biologique du tissu. Le fait primaire serait une insuffisance biologique du tissu contre laquelle celui-ci se défend en formant la tumeur. Les relations entre tableau histologique, évolution clinique et séméiologie sont discutées en rapport avec cette proposition.

Étude de la réserpine ; son action sur l'électro-encéphalographie et le seuil convulsivant chez le lapin, par MM. L. Sorel et F. Van Orshoven

Les auteurs ont opéré sur le lapin curarisé ; ils décrivent la dysrythmie polymorphe observée à partir de certaines doses et montrent que leurs résultats diffèrent quelque peu de ceux décrits dans la littérature. Le seuil convulsivant est généralement diminué. Quelques essais effectués chez l'homme ont fourni des résultats discordants. Il ne semble pas que la réserpine modifie nettement le tracé chez les épileptiques.

Considérations au sujet de vingt et un cas d'hypsarythmie de Gibbs et de leur traitement par l'A.C.T.H., par MM. L. Sorel et A. Bauloye

Cette entité électro-clinique, qui s'observe toujours chez des enfants en bas âge et dont l'évolution est très grave, n'avait pas trouvé, jusqu'à présent, de thérapeutique. L'A.C.T.H. injectée dès le début est capable d'arrê-

ter l'évolution de la maladie. Les auteurs ont des malades guéris depuis deux à trois ans. Le même traitement appliqué à des cas qui évoluent depuis plusieurs années peut encore opérer un nettoyage clinique et électrique de l'épilepsie, mais non de la démence.

Étude statistique sur l'image électro-encéphalographique de deux mille cent-soixante-dix cas d'épilepsie avérée, par M. L. Sorel

Cette statistique porte uniquement sur des malades non hospitalisés. Le tracé a été trouvé normal ou paranormal dans 30 % des cas. La fréquence des localisations temporales augmente avec l'âge. Les pointes-ondes sont surtout l'apanage de la deuxième enfance.

J. Ley.

Séance du 25 mai 1957

Présidence : M. C. ANDERSEN, président

Paralysie récidivante du bras gauche ; discussion de son étiologie, par MM. F. Kleyntjens et Ph. Martin

Présentation d'un homme de 26 ans qui a présenté, à la suite d'une chute avec perte de connaissance, une monoplégie brachiale gauche flasque, dont la nature névrotique n'a pas été reconnue et qui a donné lieu à des interventions intempestives : appareil plâtré puis laminectomie.

Le malade a néanmoins récupéré sa motilité, mais des récidives se sont produites avec contracture des muscles de la nuque du côté opposé. Il existait dans le passé de cet homme de gros traumatismes affectifs conjugaux, familiaux et sociaux, et des manifestations pithiatiques. La guérison a été obtenue par psychothérapie et faradisation, sauf en ce qui concerne la contracture de la nuque. Les auteurs insistent sur le danger des examens incomplets dans les cas de ce genre, et des interventions injustifiées qui risquent de fixer la névrose.

Chorée sénile d'apparition très tardive et comitialité associées ; anomalies oculaires, par MM. J. Flament, D. Toussaint et P. Van Reeth

Relation du cas d'un homme de 75 ans (avec présentation d'un film) atteint d'épilepsie psychomotrice depuis l'âge de 50 ans, de cataracte et de rétinite, chez qui se développe depuis un an un syndrome dyskinétique choréiforme à prédominance droite en même temps qu'une anosmie progressive et des troubles de l'humeur avec incontinence émotionnelle, sans déficit

intellectuel appréciable. Les auteurs font l'historique du concept de chorée sénile, et discutent le rôle de l'artériosclérose ainsi que la question de savoir s'il existe une chorée sénile, entité anatomo-clinique. Dans le cas présenté, il s'agit probablement d'une chorée par artériosclérose qui expliquerait en même temps l'épilepsie et l'anosmie.

Un cas d'encéphalite aiguë nécrosante à prédominance temporale, par MM. P. van Gehuchten, J.-M. Brucher et G. Dechef

Etude anatomo-clinique du cas d'une femme de 39 ans dont l'affection a débuté par une rhinite avec fatigue et céphalées, puis vomissements, crises jacksoniennes de l'hémicorps droit, hyperthermie au 9e jour, herpès, désorientation, délire et aphasie. Décès en hyperthermie au 19e jour, en dépit d'un traitement antibiotique précoce. Les auteurs relatent les résultats des examens cliniques pratiqués. L'examen anatomique montre des lésions inflammatoires diffuses et nodulaires étendues à tout l'encéphale avec ramollissement important des lobes temporaux, surtout à gauche, leptoméningite généralisée. Des inclusions cellulaires sont présentes, principalement près des zones de nécrose.

Cette observation entre dans le groupe d' « encéphalites aiguës nécrosantes », décrites par L. van Bogaert. Son étiologie est inconnue, mais l'existence d'un herpès et des inclusions du type A permet de penser qu'il peut s'agir d'une encéphalite herpétique, dont l'évolution clinique et l'image anatomo-pathologique sont habituellement du même type.

Un cas d'encéphalite subaiguë nécrosante à prédominance pallidodentorubrique, par MM. P. Van Gehuchten, J.-M. Brucher et J. Velghe

Cette curieuse observation anatomo-clinique concerne une femme de 47 ans dont l'affection lentement progressive a duré trois mois. Début par une syncope brève suivie d'un état de fatigue et d'apathie avec nausées, vomissements, puis anarthrie, troubles de l'équilibre et de la coordination des mouvements, syndrome pyramidal bilatéral, hypotonie généralisée, paralysie du III à gauche et du VII à droite. A l'électro-encéphalogramme : dysrythmie lente diffuse avec conservation relative du rythme de base. Fonds des yeux normaux : hyperalbuminose légère du liquide céphalo-rachidien (0 gr. 44) avec 6 lymphocytes. Encéphalographie gazeuse normale. Malade apyrétique sauf pendant la dernière quinzaine, en raison d'une surinfection pulmonaire. Décès en hyperthermie.

L'examen du cerveau montre des lésions bilatérales d'encéphalite à caractère nécrotique limitées aux formations sous-corticales : pallidum, corps de Luys, substance noire, noyau rouge, noyau dentelé du cervelet. L'atteinte inflammatoire s'étend à la substance blanche avoisinante, mais épargne complètement le cortex. Elle s'étend aussi au thalamus, au tronc cérébral et surtout aux noyaux vestibulaires. Nombreuses inclusions nucléaires du type A dans les cellules gliales, surtout au voisinage des régions très atteintes.

Cette topographie tout à fait particulière avec préservation complète du cortex ne semble pas avoir été décrite jusqu'à présent dans une encéphalite à évolution subaiguë. L'étiologie est inconnue.

Étude histologique de l'innervation motrice dans diverses formes de polymyosite, par M. C. Coërs

Cette étude porte sur quatre cas typiques de dermato-myosite et un cas de sarcoïdose avec entreprise musculaire généralisée. Les biopsies neuro-musculaires ont été traitées par la coloration vitale au bleu de méthylène et par la méthode histochimique de détection de la cholinestérase de Koelle modifiée. Les modifications de l'innervation musculaires ont été évaluées quantitativement par la mesure du rapport d'innervation terminale et par la taille des arborisations motrices. L'étude histologique de ces muscles est illustrée d'une iconographie particulièrement belle. Elle montre que l'innervation peut rester normale, qu'on peut observer des grandes variations de taille et de forme des plaques motrices, avec arborisations étendues qui ne sont pas spécifiques. Ces altérations semblent être secondaires à la dégénérescence du tissu musculaire, quelle qu'en soit l'origine.

Lorsque les nerfs moteurs sont atteints, on observe une ramification collatérale importante des axones terminaux capables parfois d'une suppléance efficace. L'auteur rapproche ses résultats de certaines données électromyographiques et conclut que son travail apporte une base histologique au concept de « neuromyosite » en démontrant une atteinte de l'innervation motrice dans deux cas typiques de dermato-myosite.

J. Ley.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Les troubles du langage écrit. Agraphie et alexie (Die Störungen der Schriftsprache. Agraphie und Alexie), par le professeur A. Leischner (de Bonn), un volume, grand in-8°, VIII-288 pages, 47 figures, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1957, D.M. 30.

Comme l'indique l'auteur dans sa préface, le but de l'ouvrage est d'exposer la position actuelle de la question des troubles du langage écrit (agraphie et alexie), en s'appuyant sur une étude soigneuse de la littérature, ainsi que sur une analyse de cas personnels.

L'introduction expose les caractères particuliers de la lecture et de l'écriture et trace le plan du présent livre.

La description des troubles de l'écriture ouvre l'exposé. Comme le montre l'auteur, l'écriture est une fonction cérébrale accessoire, pouvant présenter des troubles qualitatifs et des troubles quantitatifs. Le développement de l'écriture permet de noter l'existence de stades évolutifs dans les différents peuples, avec variabilité dans le sens de l'écriture, soit de gauche à droite, soit de droite à gauche, soit en boustrophédon, soit de haut en bas. Un important problème est celui des rapports entre la latéralisation hémisphérique cérébrale et la direction de l'écriture. Avant d'aborder l'étude des agraphies, l'auteur fait quelques remarques préliminaires historiques, évoquant les travaux de Marcé (1865), Benedikt (1865). Puis, il rappelle les nombreuses divisions de l'agraphie proposée par les neurologistes : Ogle, Pitres, Wernicke, von Monakow, Goldstein, l'école de Prague (Pick, Pötzl, Heumann) ; Forster, Henschen, Foix, Kleist, Lehmann-Facius, Nielsen, Victoria.

La description du syndrome clinique de l'agraphie amène à considérer, après quelques généralités, les troubles de l'écriture dans les formes d'aphasies isolées (aphasies motrices, amnésique, sensorielle, Leitungsaphasie), les troubles dans les formes d'aphasie de Head, puis, les troubles des composantes particulières de l'écriture (troubles de la composante verbale: paragraphies; troubles de la composante acoustique: jargonaphasie, jargonalexie, persévération; troubles de l'orthographe; troubles de la composante praxique et spatio-constructive: agraphie apraxique; troubles de l'écriture dans le syndrome de Gerstmann; agraphie pariétale et dysgraphie au sens de Critchley; troubles de l'écriture dans les perturbations de la direction et du sens spatial,

problème de la localisation de l'agraphie, troubles graphiques des gauchers, agraphie de l'écriture en miroir, Leitùngsaphasie) ; les troubles de la composante optique de l'écriture (troubles de l'écriture copiée, troubles graphiques dans l'ataxie optiqne) ; les troubles de la composante motrice de l'écriture ; les formes particulières de l'agraphie (agraphie des chiffres, écriture des nombres comme symbole, troubles du langage écrit chez les polyglottes, troubles de la sténographie, prédominance de certaines formes d'écriture et changement du type d'écriture dans l'agraphie, échographie), enfin, l'état du langage écrit et celui de la maturation cérébrale chez les adolescents et chez les enfants.

Après cet exposé général, l'auteur décrit une série de 25 observations personnelles de troubles agraphiques, soigneusement analysées. Cela conduit à quelques considérations sur les tableaux des manifestations cliniques de l'agraphie, telles qu'elles étaient notées dans les observations de l'auteur. L'agraphie était toujours liée à l'alexie et n'apparaissait pas comme un syndrome isolé. Une analyse détaillée des symptômes permet de mettre en évidence la grande mutabilité des manifestations cliniques suivant les jours, la variabilité des signes déficitaires. Les problèmes posés par la topique de l'atteinte de l'écriture sont exposés grâce à une étude complète de la littérature correspondante. Deux grandes régions ont été incriminées : le lobe frontal, la circonvolution pariétale inférieure. L'auteur donne ensuite de très utiles conseils pour l'examen d'un malade, atteint d'agraphie.

L'exposé des troubles de la lecture commence par le rappel des classifications des alexies proposées par Wernicke, Weissenberg, Déjerine, Pick, Goldstein, Hermann et Pötzl, Kleist, Misch et Frankl, Joy, Nielsen. La symptomatologie des alexies est ensuite étudiée de façon très détaillée. Après quelques remarques préliminaires historiques, sont envisagées quelques généralités sur la symptomatologie classique, les troubles de la lecture dans les formes aphasiques isolées (troubles de la lecture dans l'aphasie motrice, dans l'aphasie sensorielle, dans l'aphasie amnésique, dans la Leitùngsaphasie). Puis sont décrits les troubles de la lecture dans les formes d'aphasie de Head, la dyslexie, assez rarement reconnue aujourd'hui, le tableau des aphasies sous-corticales, l'alexie par troubles du langage intérieur, l'alexie pariétale, l'alexie optique pure, l'alexie tactile de Critchley, l'action de l'alexie sur l'établissement des textes imprimés, les troubles de la compréhension du sens de la lecture, l'alexie pour les signes de ponctuation et les symboles de l'écriture, les troubles de la lecture dans les hémianopsies, les rapports entre alexie et attitude catégorielle, les troubles de la reconnaissance de l'ordonnancement spatial des symboles graphiques, la composante motrice dans le langage écrit, la cécité pour les chiffres, la cécité pour les notes de musique, l'alexie dans les écritures étrangères (alexie pour le japonais, pour le chinois), les questions relatives à la lecture analytique et à la lecture synthétique ou globale, enfin la cécité verbale congénitale soigneusement étudiée.

Treize observations personnelles de troubles alexiques sont alors exposées avec une analyse très détaillée et précise des symptômes. Elles permettent à l'auteur de formuler quelques commentaires et de proposer quelques vues sur les tableaux cliniques de l'alexie.

Alors est envisagée l'importante question de la localisation de l'alexie. La description s'appuie sur un rappel détaillé de la littérature : alexie et gyrus angularis, alexie et circonvolutions occipitales, autres possibilités de

localisation des alexies, localisation de la cécité pour les chiffres, localisation de la cécité verbale congénitale. Le groupement des opinions exprimées dans la littérature sur la localisation de l'alexie montre la multiplicité et la diversité des avis. Comme le rappelle l'auteur, il est impossible, en réalité, de fixer une localisation précise à cause de la complexité du langage. Analysant sa casuistique personnelle, Leischner insiste sur les lésions de la région pariéto-occipitale de l'hémisphère dominant et sur l'absence d'une atteinte isolée de l'écriture ou de la lecture. Il donne des conseils particulièrement précieux sur le mode d'examen des alexiques, ainsi que sur l'exploration de la fonction du calcul.

Les agraphies et les alexies peuvent être la conséquence de diverses affections. Le dépouillement de 36 observations personnelles et de 86 de la littérature montre que les grandes causes sont, tout d'abord les processus vasculaires, à un moindre degré les traumatismes cranio-cérébraux, puis, plus rarement, les tumeurs cérébrales. Quant aux autres étiologies possibles, elles sont beaucoup moins importantes.

Le traitement des troubles du langage écrit nécessite des soins prolongés, persévérants. Parmi les méthodes à employer, il faut insister sur la nécessité de la rééducation de la main droite, qui doit s'ajouter à l'éducation de la main gauche. De nombreux conseils sont donnés à ce sujet. La cécité verbale congénitale pose des problèmes spéciaux.

L'avant-dernier chapitre est une synthèse sur la nature du langage écrit et de ses troubles comme elle apparaît dans la littérature. Successivement sont envisagées l'agraphie, l'alexie, la cécité verbale congénitale, avec les théories proposées pour les expliquer.

Enfin, dans un chapitre terminal, l'auteur précise sa position personnelle sur la nature de l'agraphie et de l'alexie, ainsi que sur les problèmes de la localisation de ces troubles. Il admet l'existence de fonctions cérébrales primaires et secondaires. Les premières sont impliquées dans la situation originelle du cerveau et possèdent leur propre organe percepteur (exemple : la vision). Les secondes, au contraire, sont des fonctions accessoires, des épiphénomènes à développement retardé. Elles ne sont apparues que dans un stade ultérieur, ne possédant pas de territoires propres au niveau du cerveau et ne sont pas attachées à un organe périphérique particulier. Il n'y a donc pas pour les fonctions secondaires de localisation précise, mais seulement une localisation relative, variable suivant certaines circonstances, suivant certains facteurs. Leur degré d'évolution dépend aussi de l'influence du milieu et des modalités de l'éducation. Les fonctions cérébrales secondaires typiques sont l'écriture et la lecture.

Le livre, qui est illustré de 47 figures, se termine par une très importante bibliographie et par des index onomastique et analytique.

V.-J. Durand.

Investigations préliminaires à une étude scientifique de l'alcoolisme psychiatrique (à propos de 700 observations de buveurs de la région lyonnaise), par A. Nachin. (*Thèse de la Faculté de Lyon*, 1957, 138 pages. Imprimerie nouvelle lyonnaise).

Cette thèse, faite dans le service libre et le service fermé du Dr Requet, à l'hôpital du Vinatier, a eu pour but de déterminer les facteurs économi-

ques et sociaux conditionnant le comportement des alcooliques de la région lyonnaise.

Une partie des buveurs psychiatriques sont hospitalisés par nécessité ; ce sont ceux qui sont atteints de delirium tremens, d'ivresse pathologique, d'épilepsie, d'hallucinose, d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, de syndrome de Korsakoff, de démence alcoolique. Une autre partie, et c'est l'immense majorité, viennent volontairement se faire traiter dans le service libre.

L'auteur passe en revue les circonstances de l'hospitalisation (désadaptation sociale et professionnelle, conflits familiaux, accès dypsomaniaques). Il trouve que plus de la moitié des buveurs ont des antécédents héréditaires pathologiques d'ordre psychiatrique. De son étude portant sur les buveurs en couple, il ressort qu'un quart des buveurs ont choisi une compagne présentant elle-même les antécédents intéressant le psychiatre. Sur 222 buveurs en couple, le génotypisme pathologique se trouve 87 fois, soit 39 % des cas. Comme autres « situations parapsychiatriques », on note la défection parentale, qui mérite une place à part (30 à 50 %, et dans la moitié des cas les « carences affectives précoces », les échecs matrimoniaux et les situations d'adoption. La pathologie du foyer, carence de logement, taudis, entassement, expulsions, vie avec les parents) joue un rôle considérable. L'isolement, l'engagement dans l'armée, les désadaptations collectives telles que transplantation, déportation, captivité, les échecs professionnels, les antécédents biologiques interviennent à des degrés divers comme facteurs dans l'alcoolisme. Il se dégage de ces constatations que le buveur présente toujours dans son histoire des situations anormales.

Une statistique personnelle portant sur 203 buveurs psychiatriques de la région lyonnaise a permis à l'auteur de préciser l'importance numérique de chacun des caractères que nous venons d'énumérer. A noter la fréquence importante de l'épilepsie (38 % dans une statistique et 18 % dans une deuxième) chez les buveurs de la région lyonnaise.

Prenant en considération toutes les données précédentes, M. Nachin consacre un chapitre spécial de sa thèse à un essai d'interprétation de l'alcoolisme psychiatrique actuel, partie originale qui entraîne des perspectives prophylactiques particulières. Se basant sur de solides arguments, il démontre que la mortalité et la morbidité actuelles des buveurs psychiatriques ne correspondent pas à une consommation plus grande des boissons alcooliques. Le décalage entre les deux phénomènes est particulièrement manifeste depuis une dizaine d'années. L'auteur attribue cette absence de parallélisme à la baisse du facteur de tolérance à l'alcool ; la sensibilité accrue à l'alcool ingéré entraîne comme conséquence une diminution de la consommation. Cette baisse de la tolérance à l'alcool intervient : 1° sur le plan économique ; le pouvoir d'achat des grandes masses de consommateurs s'est amenuisé au cours des dernières années ; 2° sur le plan social, elle est en fonction de l'accélération et de la transformation des rythmes de vie et de travail ; 3° sur le plan individuel, elle est une conséquence de la fatigue nerveuse, de l'insécurité, de la vitesse, des conflits conjugaux, de la crise du logement, auxquels sont soumis les travailleurs.

La thèse se termine par les différentes méthodes de traitement des manifestations psychiatriques de l'alcoolisme ; l'importance de l'ergothérapie, la nécessité des consultations médico-sociales spécialisées et de post-cure sont nettement exposées et l'auteur conclut que les traitements actuels ne cons-

tituent qu'une étape provisoire car, « dans la perspective du déclin total de l'alcool (qu'il considère comme inéluctable), la prévention de l'alcoolisme psychiatrique et même de l'alcoolisme en général ne peut et ne doit plus s'exercer, si elle prétend à une efficacité quelconque, sans tenir compte du facteur de tolérance à l'alcool ».

Ce travail, qui est riche d'enseignements sur les caractères et les perspectives de l'alcoolisme, doit être lu et commenté, non seulement par les psychiatres, mais aussi et surtout par les hygiénistes, les sociologues et les représentants des pouvoirs publics.

L. Marchand.

Discussion sur le traitement de l'anxiété morbide. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 50, n° 2, mars 1957, p. 211).

M. E. A. Benett. — Quelles que soient sa forme et ses combinaisons avec les méthodes physiques de traitement, la psychothérapie est un procédé de coopération dans lequel une personne cherche à influencer la santé de l'autre. La relation du médecin et du malade est décrite d'ordinaire sous le terme de « rapport » ; le terme « transférence » est meilleur. Le succès de la psychothérapie résulte de l'influence de chacune des deux personnalités. La transférence est d'une importance centrale, mais c'est une erreur de lui attribuer la principale action contre l'affection et de ne pas l'analyser. C'est un intermédiaire de contact qui peut être bon ou mauvais, dans lequel l'inconscient du médecin et du malade intervient. Souvent, le mot non exprimé a plus de valeur que le mot parlé.

On divise les névroses en hystérie, anxiété et états obsessionnels. L'auteur place l'hystérie à une extrémité de l'échelle et à l'autre extrémité les états obsessionnels, entre les deux les états anxieux. Ce qui rend les états hystériques si résistants au traitement, c'est que le malade applique les notions passées au présent. Par contre, l'obsédé, qui est toujours atteint d'anxiété morbide, vit dans le présent, qu'il interprète comme s'il était le futur.

Trois caractéristiques s'appliquent au traitement de l'obsédé. 1° Le sentiment conscient de sa culpabilité. Il a conscience de ses actes et de ses pensées morbides, et il se sent responsable de ses troubles. 2° Il garde en secret les symptômes de sa névrose pour ne pas les dévoiler devant ses amis et ses parents. 3° L'anxiété morbide de l'obsédé concerne l'avenir à l'exclusion du présent. Son atteinte morbide est toujours en rapport avec l'écoulement du temps. Dans les névroses, il existe une crainte morbide de l'avenir avec une pensée de mort. Plus que tout autre, l'obsédé a un état dominé par l'anxiété morbide. Le sentiment de sa culpabilité, le secret qu'il tient à garder de sa maladie et l'élément temps occupent dans sa mentalité une place dont il faut tenir compte dans le traitement.

Un grand pas est obtenu dans le traitement d'un obsédé quand on peut obtenir une diminution de son anxiété morbide en lui faisant comprendre ce qui se cache derrière les symptômes. Pour augmenter cette prise de conscience, on doit procéder à l'analyse des rêves et à leur contenu symbolique. Le malade participe alors au traitement en association avec le thérapeute.

M. H. J. Shorvon. — Il fait une revue générale des produits tranquillisants, dont le but thérapeutique est de rompre les bases qui conditionnent l'anxiété.

Après avoir fait l'historique des recherches les concernant depuis la première guerre mondiale, il montre que le but à atteindre est de trouver une drogue qui suspende l'anxiété et l'agitation psychomotrice sans affecter la conscience du sujet. Avant de juger l'effet d'un nouveau produit, on doit rechercher s'il a agi sur un état d'anxiété morbide primitive ou sur une forme d'anxiété secondaire à quelque autre cause, mélancolie ou état obsessionnel.

On a d'abord utilisé les sédatifs tels que les bromures et les barbiturates, puis les antihistaminiques (phénergan). C'est en 1952 qu'a débuté la floraison de produits tranquillisants, avec la chlorpromazine ou largactil ; l'auteur décrit ensuite pour chacun des médicaments leurs doses, leurs effets et leurs inconvénients. Il cite la méphazine ou pacatal, la réserpine ou serpasil, les composés de bénactyzine (suavitil, nutinal, covatine), les méprobamates (équanil, miltown, mépavidon), les composés d'hydroxyzine (atarax, suavitil), la combinaison d'un stimulant et d'un sédatif (drinamyl).

Durant la dernière guerre, au cours des combats, on a utilisé avec succès les injections intraveineuses de barbiturates et les inhalations d'éther contre les états aigus de crainte, contre les phénomènes hystériques tels que amnésie, mutisme, paralysie. Les injections intraveineuses de méthédrine rendent des services pour soulager les soldats atteints d'anxiété obsessionnelle.

En résumé, les bromures et les barbiturates ont fait leur preuve depuis longtemps ; on tend à leur substituer de nouveaux tranquillisants, dont un grand nombre ne résistera pas au temps.

L. Marchand.

JOURNAUX ET REVUES

Le problème de la personnalité, par Henri Baruk. (*Revue philosophique*, 1956, octobre-décembre, n° 4).

Dans cet important article, H. Baruk analyse les éléments de la personnalité normale et surtout pathologique. La personnalité est liée à ces processus de synthèse, de choix, de concentration et de contrôle que représentent les processus volontaires. Dans cette conception, à prédominance dynamique, la notion de personnalité paraît se limiter un peu trop étroitement à la notion de « caractère ». L'auteur étudie d'abord les données de l'observation clinique parmi lesquelles il distingue la désorganisation de la personnalité psychologique (perte de la volonté, de l'indépendance personnelle, fléchissement de la synthèse psychique), la désorganisation de la personnalité somatique (phénomènes cénestopathiques, conscience perturbée de l'existence) et les troubles de la personnalité dans les névroses, qu'il définit comme les stades les plus légers des atteintes de la personnalité. Il considère ensuite les modalités de souffrance et d'engourdissement du système nerveux dans le sommeil, l'onirisme, les états cataleptiques et la catatonie (sommeil électif de la volonté). Un autre élément important est

la périodicité du dynamisme nerveux (psychoses périodiques, orages de l'épilepsie). Dans ses développements, l'auteur passe en revue tous les syndromes psychiatriques sur lesquels il apporte des vues originales. Il s'attaque ensuite au développement de la personnalité, qui est actionné par les instincts, l'affectivité, la conscience morale, les réactions sociales. Il insiste surtout sur ces deux derniers facteurs d'adaptation à l'ambiance et rappelle à ce sujet les faits rapportés dans son ouvrage sur la psychiatrie morale expérimentale. Dans ses conclusions, il défend l'autonomie des maladies de la personnalité et s'élève contre les conceptions mécanicistes qui tendent à confondre les instruments d'exécution avec l'esprit qui les utilise pour son travail de synthèse et d'adaptation. Il recherche les causes de cette confusion et dénonce à la fois la spécialisation trop poussée des techniques, le culte de l'objectivité, les excès d'un spiritualisme désincarné et la conception sociale mécaniciste qui aboutirait à la déshumanisation de la personnalité.

X. Abély.

L'expérience de rectification de l'illusion hallucinatoire des amputés par G. Hémon. (*Revue philosophique*, 1956, octobre-décembre, n° 4).

De ses recherches, l'auteur doit pouvoir déduire la loi suivante : « L'illusion hallucinatoire des amputés, avec toutes les fausses localisations qu'elle entraîne, disparaît pendant tout le temps qu'on provoque une sensation réelle semblable à la sensation illusoire, par une pression exercée sur l'autre membre sain, en un point symétrique de celui qu'occupe le névrone (ou le neurogliome) du nerf sectionné dans le membre amputé, devenu moignon. » Il y a disparition simultanée de l'image mentale du membre amputé et de la sensation douloureuse localisée sur ce membre. L'auteur voit là une démonstration de la théorie de Leriche, pour lequel sensation tactile et douleur sont inséparables, « la douleur n'étant qu'une modalité affective des sensations tactiles, qui n'est reconnue que par le cerveau ».

X. Abély.

PSYCHIATRIE

Les syndromes neurosomatiques, par R. Parlier et A. Lichtwitz. (*La semaine des hôpitaux*, du 10 janvier 1957, n° 3).

Une place très importante doit être faite, en clinique humaine, à toute une série de désordres organiques qui ont pour seule origine des excitations nerveuses. C'est dans le cerveau, et plus spécialement dans la région correspondant à l'hypothalamus, que les messages d'ordre nerveux se transforment en stimuli d'organes.

La notion d'une pathologie neurosomatique se fonde sur une longue suite de travaux expérimentaux.

Ces travaux expérimentaux de ces dernières années ont permis, grâce à un appareillage perfectionné, de rattacher à l'atteinte de zones bien déterminées de l'hypothalamus toute une série de troubles d'ordre métabolique, hormonal, instinctif et végétatif.

C'est ainsi que l'on admet, du moins provisoirement, les données suivantes :

Sphère métabolique : métabolisme de l'eau : noyaux supra-aortiques. Métabolisme des graisses : noyaux propres du tuber. Métabolisme des glucides : hypothalamus antérieur, au voisinage des noyaux paraventriculaires.

Sphère hormonale : l'hypothalamus contiendrait deux centres génitaux, l'un antérieur, préoptique fonctionnel, à action lutéinostimulante, l'autre postérieur, mamillaire, tenant sous sa dépendance la trophicité du tractus génital.

D'autre part, l'hypothalamus n'aurait pas d'influence directe sur le fonctionnement de la thyroïde, mais seulement sur son développement, qui serait inhibé par la lésion d'une région voisine des noyaux ventro-latéraux ou de l'éminence médiane.

Enfin, le centre régulateur de la sécrétion d'A.C.T.H. se trouverait dans la région postéro-latérale de l'hypothalamus, près des corps mamillaires.

Sphère instinctive : la soif naît d'une excitation des noyaux paraventriculaires au contact de liquides hypertoniques. La faim dépend, pour une part sans doute importante, d'une inhibition d'un centre de la satiété siégeant au voisinage du noyau ventrolatéral. Le sommeil implique la mise au repos des éléments qui maintiennent l'état de vigilance dont le siège est dans l'hypothalamus postérieur. Les réactions de défense au froid exigent l'intégrité de l'hypothalamus postérieur, tandis que la lutte contre la chaleur a son centre dans la région préoptique.

Sphère végétative : c'est à l'hypothalamus postérieur qu'appartient le contrôle du tonus sympathique, alors que les nerfs parasympathiques seraient sous la dépendance des noyaux hypothalamiques antérieurs.

Ces données de l'expérimentation ont été confirmées par les travaux des anatomo-cliniciens. Il existe de nombreux exemples en pathologie humaine où des lésions de la base du cerveau créées par la maladie ont entraîné des désordres très analogues à ceux que les physiologistes observent chez l'animal à la suite d'altérations diverses de l'hypothalamus.

Paul Abély.

Les hépatites neuro-végétatives, par Marcel Zara. (*La semaine des hôpitaux*, n° 28, du 22 mars 1957).

L'auteur décrit un groupement symptomatique comportant : des manifestations digestives, des manifestations de neurotonie cardiaque, des pseudo-vertiges, de l'asthénie, ne s'accompagnant objectivement, et d'ailleurs inconstamment, que d'une hépatomégalie douloureuse discrète ; cette symptomatologie ne comporte ni troubles radiologiques, ni perturbation biologique. Ce tableau s'observe sur un terrain de dystonie neuro-végétative qui le fait entrer dans le cadre de la médecine psycho-somatique.

L'auteur estime qu'il s'agit d'une forme discrète d'insuffisance hépatique et apporte, à l'appui de cette thèse, la relation d'expériences montrant l'action des médicaments lytiques du système neuro-végétatif sur la sécrétion biliaire.

Paul Abély.

Crises et cycle menstruel, par B. Bandler, C. Kaufman, J. Dyckens, M. Schleifer et L. Shapiro. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 8, février 1957, p. 704).

Pendant trois ans, les auteurs ont entrepris l'étude psychiatrique et physiologique de 30 femmes épileptiques pendant la période de leurs règles jusqu'à leur ménopause. Ces malades étaient d'intelligence moyenne, ne présentaient aucun symptôme de psychose, de psychopathie, d'alcoolisme. Les auteurs concluent que les femmes épileptiques ont des cycles menstruels normaux. Les crises surviennent au hasard pendant le cycle menstruel. Dans certains cas individuels, on note une augmentation des crises durant une phase particulière du cycle menstruel. A cette phase peut correspondre n'importe quelle période du cycle. Le terme d'épilepsie menstruelle doit être réservé à ces cas concernant seulement quelques femmes. Il faut aussi noter que ces phases préférentielles peuvent se modifier sous l'influence de facteurs psychologiques. C'est également ces facteurs psychologiques qui ont pu, par leur importance, causer la confusion entre l'épilepsie et l'hystérie (bibliographie ne citant aucun auteur français).

L. Marchand.

Etudes épidémiologiques d'états chroniques de frustration hostilité-agression, par Fr. Thorne. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 8, février 1957, p. 717).

La transmission d'états chroniques de frustration-hostilité-agression peut revêtir un caractère épidémique. Des études ont porté sur deux familles dans lesquelles les états de colère pouvaient être notés dans quatre générations. Il ressort que la colère peut se propager chez d'autres personnes d'une façon différente de l'anxiété ; ses manifestations peuvent survenir sous forme de réactions épidémiques ou entraîner des réactions négatives. Ces états peuvent être regardés comme de grands syndromes psychiatriques puisque, sous leurs effets, l'incapacité personnelle ou sociale peut prendre une grande proportion.

L. Marchand.

Aspect médico-légal du transvestisme, par K. Bowman et B. Engle. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 7, janvier 1957, p. 583).

Les causes et le caractère du tranvestisme ne sont pas bien établies. L'hérédité et les facteurs constitutionnels s'observent dans certains cas. Il y a des formes où l'ambiguïté sexuelle se présente à un très large degré. Suivant les explications psychologiques, le tranvestisme est le résultat d'une crainte intense de castration comme le sont l'homosexualité, l'exhibitionnisme et le fétichisme. Le traitement est difficile et prolongé, sans résultat satisfaisant. La plupart des malades refusent toute psychothérapie. La transformation chirurgicale est aussi rejetée et ne résout pas le problème. Le degré de changement désiré varie d'un cas à un autre. Quelques tranvestitistes mâles désirent une poitrine plus large et peut-être la castration. Certains insistent à la fois pour la castration et la pénotomie avec une reconstruction uréthrale. Très peu demandent qu'on leur fasse une forme de vagin. On ne

connaît pas de cas de transvestime avec désir d'implantation d'ovaire, de trompes de Fallope et d'utérus. Cependant, on cite le cas d'une femme qui se serait fait faire un greffe de testicule. Le transvestime féminin est plus fréquent que ne l'indiquent les cas cités dans la littérature.

Il est possible qu'une castration constitue un traitement hormonal en déterminant des modifications heureuses dans la sexualité déviée d'un individu. L'administration d'hormones comme traitement ne court pas les mêmes considérations légales que la chirurgie. Cependant, la castration au point de vue hormonal constitue une décision et une intervention d'ordre médical. Si elle est suivie de séquelles définitives, cela s'observe dans d'autres traitements médicaux. Quant au traitement hormonal prolongé, il soulève le problème des dangers de provoquer un cancer. Le traitement de choix consiste en une psychothérapie intensive et longue pour combattre la tension et entraîner un meilleur ajustement, mais on n'a pas encore rapporté des cas traités avec succès.

L. Marchand.

Échecs en psychiatrie. Le malade chronique d'hôpital, par N. Morgan et N. Johnson. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 9, mars 1957, p. 824).

Après deux ans de séjour dans un hôpital, les chances de guérison pour le malade mental tombent à 3 %, alors qu'elles sont de 75 % durant la première année, auxquelles s'ajoutent 5 % durant la deuxième année. Les auteurs ont recherché les causes des échecs concernant la guérison de 2.166 malades (1.031 hommes et 1.135 femmes), qui sont restés continuellement hospitalisés durant deux années ou plus.

On note 63 % de schizophrènes du sexe masculin et 69 % du sexe féminin, 20 % de malades hommes et 18 % de malades femmes atteints de psychoses organiques tandis que les psychoses fonctionnelles ne concernent que 17 % des malades hommes et 15 % des malades femmes. L'âge est en moyenne de 53 ans pour les hommes et de 57 ans pour les femmes.

Au moment de leur admission, 22 % des hommes et 34 % des femmes étaient mariés. 23 % des hommes et 27 % des femmes avaient encore leurs parents. La plupart des malades étaient peu instruits. On n'en compte que 13 % qui avaient reçu une instruction complète. 68 % des hommes et 70 % des femmes étaient sans emploi ou avaient des professions très simples.

Après un an d'hospitalisation, les parents finissent par ne plus s'intéresser à leurs malades. Durant la deuxième année de leur hospitalisation, on ne reçut seulement que trois demandes de renseignements individuels sur les états de 9 % de malades hommes, et de 15 % pour les femmes. 8 % des malades recevaient encore un peu d'argent et 69 % pas du tout. Ainsi, ces sujets avaient peu de ressources pour rentrer dans la communauté ou pour être aidés.

Comparés avec les facteurs concernant 400 malades qui ont pu quitter l'hôpital durant la première année, on relève qu'il s'agit de sujets plus souvent mariés, plus instruits, se livrant à des métiers nécessitant une grande habileté. La connaissance de ces facteurs sociaux peut servir à prévenir l'évolution chronique de certains cas.

L. Marchand.

La maladie de Gioacchino Rossini, par Bruno Riboli. (*Note e Rivista di Psichiatria*, Pesaro, XLVIII, 3 et 4, 1855).

Prenant prétexte de l'intéressante lettre d'un médecin de Bologne, envoyant son génial client à un consultant parisien, l'auteur souligne dans la vie de Rossini les traits fondamentaux de la cyclothymie sur un habitus psychique marqué. Il retrace d'abord la jeunesse et la première moitié de la vie de ce génie qui, à 37 ans, avait écrit 38 opéras, dont plusieurs chefs-d'œuvre, comme « Le Barbier », écrit en treize jours.

Cette période d'hypomanie, véritable fontaine jaillissante de joie, de force et d'amour, fait place alors à une période de vingt ans environ, pendant laquelle le compositeur vivra dans la mélancolie, l'angoisse, les idées de culpabilité et de suicide, la source de son génie s'étant totalement tarie. Pendant les onze dernières années, reparaîtront la joie de vivre et la sérénité, avec quelques créations musicales parfaites, mais d'inspiration plus courte. Il semble que la longue période de mélancolie ait suivi l'évolution d'une douloureuse gonococcie accompagnée de graves troubles urinaires. Et la lettre susdite illustre, hélas, la cruelle impuissance du corps médical le plus fameux à cette époque.

L'auteur conclut cette très intéressante étude en estimant qu'aujourd'hui la médecine pourrait rapidement guérir les deux affections et permettrait au génie musical de Rossini de poursuivre sa carrière.

On peut cependant se demander si ces manifestations prolongées de la mélancolie ne furent pas conditionnées par un processus cérébral involutif, plus fatalement progressif, et encore rebelle aux thérapeutiques modernes.

L. Fromenty.

Aspects histopathologiques non communs des psychoses de l'âge sénile (Aspetti istopatologici non comuni delle psicosi dell' età senile), par Giovanni Fattovich (de Venise). (*Il Cervello*, 33e année, n° 3, 15 mai 1957, p. 157-176).

Les tableaux histopathologiques des psychoses de l'âge sénile ne présentent pas toujours un aspect typique. C'est ce que montrent les deux observations personnelles décrites par l'auteur. La première concernait une femme de 86 ans, avec syndrome de démence sénile terminale grave et, au point de vue anatomique : atrophie corticale simple, dégénérescence pigmentaire, rares altérations fibrillaires d'Alzheimer, quelques plaques séniles au niveau de l'hippocampe, des formations ammoniques, ainsi que du thalamus droit. L'autre observation était celle d'une malade décédée à 82 ans, après avoir montré un état de mélancolie d'involution. L'examen histologique révéla dans le cortex cérébral la présence d'altérations diffuses et typiques de la démence sénile. Le seul fait atypique était la rareté des plaques séniles, constatées dans la circonvolution de l'hippocampe et dans les formations ammoniques. Ces lésions caractéristiques de démence sénile ne s'étaient cependant accompagnées que d'un très léger déficit intellectuel. Vingt-six figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Modèles d'anxiété : les phobies (Patterns of anxiety : the phobias). par James J. Dixon, Cecily de Monchaux et Joseph Sandler (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 30, n° 1, 1957, p. 34-40).

Nombreuses sont les définitions de l'anxiété, mais elles ont cependant en commun certains points, dont le principal est la distinction entre l'anxiété et la peur. Les phobies ont été elles-mêmes étudiées de façon différente suivant les écoles. Utilisant une série de 26 questions, les auteurs ont recherché chez 250 malades l'attitude psychologique de ces derniers. Ils ont pu distinguer les variétés globales de phobies, mais surtout ils ont vu qu'il est incorrect de considérer les phobies comme des symptômes isolés. L'apparente spécificité du phénomène est la conséquence de mécanismes de déplacement inconscient. Ceci entraîne des applications thérapeutiques importantes avec nécessité de traiter les conflits primitifs et basaux et non uniquement les déplacements secondaires. Références bibliographiques. Tableaux.

V.-J. Durand.

L'hypocondrie délirante. Étude clinique et données psychopathologiques (L'ipocondria delirante. Studio clinico e rilievi psicopatologici), par Piero Benassi (de Reggio-Emilia). (*Rivista Sperimentale di Freniatria*, vol. 81, fasc. 1, 1er janvier 1957, p. 19-69).

L'auteur, après une introduction dans laquelle est rappelée l'évolution historique de la notion d'hypocondrie délirante, décrit les principaux aspects cliniques de cette affection. Il envisage successivement : le délire de maladie, le délire de transformation corporelle, le délire hypocondriaque anxieux, le délire de grossesse, le délire d'anthropopathie et de zoopathie interne, le délire dermatozoïque. Dix-neuf observations personnelles sont rapportées illustrant les différentes formes cliniques. Pour certaines, ont été utilisés des tests projectifs : Rorschach et Thematic Apperception Test. L'étude des malades a permis de mettre en évidence des aspects constitutionnels et caractériels significatifs de la personnalité prémorbide et de voir la grande importance prise par les troubles cénestopathiques pour favoriser l'apparition des manifestations hyponcondriaques. L'auteur considère comme déterminante la valeur que doit assumer l'anxiété pour mettre à nu les éléments hypocondriaques en créant une rupture dans l'unité somato-psychique individuelle. Il se produit alors des réactions émotivo-instinctivo-pulsionnelles incontrôlées. Il est nécessaire de rappeler l'importance que prennent parfois les stigmates paranoïaques dans le conditionnement des thèmes délirants hypocondriaques. D'autre part, un état de déficit intellectuel de type démentiel peut provoquer l'apparition de diverses élaborations thématiques pathologiques qui touchent l'intégrité somatique du malade. Le délire hypocondriaque peut être envisagé comme le résultat d'un trouble de la réalité somatique, entraînant une incapacité de sentir le propre corps comme une entité parfaitement intégrée à la conscience et clairement détachée du monde. Le corps est perçu alors, péniblement, comme un objet étranger au moi, sous forme d'une expérience nouvelle, perturbatrice, douloureuse, à laquelle le sujet ne peut se résoudre que par une adaptation pathologique et délirante. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'état du moi dans la schizophrénie chronique (The state of the ego in chronic schizophrenia), par T. Freeman, A. Mc Ghie et J. L. Cameron (de Glasgow). *The British Journal of Medical Psychology*, vol. 30, n° 1, 1957, p. 9-18).

Les schizophrènes chroniques peuvent être divisés en deux grandes catégories suivant la plus ou moins profonde désorganisation du moi. Il apparaît dans l'ensemble que les symptômes présentés par les schizophrènes peuvent être considérés comme le témoignage de troubles dans les éléments dynamiques et économiques de l'activité du moi. Il y a ordinairement, dans la schizophrénie, une atteinte de la fonction d'identification personnelle, avec perte de la distinction entre moi et non-moi. D'autre part, peuvent apparaître des phénomènes d'identification avec d'autres personnes. Les perceptions sont modifiées. Il en est de même de la mémoire, mais cependant à un moindre degré. Des mécanismes de défense plus ou moins bien adaptés ont pour but de protéger le moi du malade. Pour leur développement, l'action psychothérapique du médecin et du personnel infirmier peut jouer un rôle important. Les mécanismes de condensation et de déplacement interviennent largement. Certains rapprochements peuvent être faits entre les troubles du moi des schizophrènes et le développement normal de l'enfant. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Psychanalyse et art (Psicanálise e arte), par Sonia Letayf (de São Paulo). (*Revista de Psicologia Normal e Patológica*, São-Paulo, 2e année, n° 3-4, juillet-décembre 1956, p. 519-533).

Le but de l'auteur est de passer en revue les relations de la psychanalyse et de l'art, ce qui conduit à envisager, d'abord les possibilités d'approche d'une personnalité artistique à travers les caractéristiques psychologiques de son œuvre, ensuite, les possibilités d'utilisation de l'activité artistique pour le diagnostic et le traitement des maladies mentales, enfin l'interprétation psychanalytique en face des tendances de l'art moderne. L'analyse de l'œuvre d'art démontre des possibilités certaines d'étude en profondeur du monde particulier à chaque artiste. Cette œuvre projette un état de tension intérieure, visant à l'affirmation sociale du créateur. Elle permet une sorte de catharsis rétablissant un équilibre menacé ou aboutit à une abréaction de pulsions perturbatrices. C'est dans un double sens (diagnostique et thérapeutique) que l'activité artistique est utilisée en psychopathologie. Le diagnostic est facilité, car le malade projette son déséquilibre à travers un langage symbolique que la psychanalyse aide à déchiffrer. Sur le plan thérapeutique, le malade peut liquider ses tensions grâce à la signification magique ou symbolique de sa production. A l'égard de l'art moderne, la psychanalyse montre la relation consciente entre l'artiste et le monde, le choc en face d'un monde éprouvé comme de plus en plus hostile, le refus du réel par la déformation des objets familiers ou leur réduction géométrique avec création d'un monde onirique ou abstrait. Il ne faut pas confondre, cependant, l'attitude de l'artiste authentique conscient et engagé dans le monde et celle du malade mental inconscient et prisonnier d'un monde personnel dissocié. Dix-huit figures.

V.-J. Durand.

Le diencéphale et les fonctions instinctivo-affectives (O diencéfalo e as funções instintivo-afectivas), par Luis Navarro Soeiro. (*Anais Portugueses de Psiquiatria*, vol. 7, n° 7, décembre 1955, p. 98-116).

Après avoir rappelé les principales divisions anatomiques du diencéphale et ses connexions avec les régions voisines, l'auteur montre l'importance physiologique de ce segment du tronc cérébral. Evoquant les expériences de stimulation et de lésions de l'hypothalamus, il décrit les notions essentielles concernant les corrélations avec l'hypophyse et le système endocrinien, puis les régulations des métabolismes de l'eau, des hydrates de carbone, des graisses, du développement et des fonctions gonadiques, des rythmes vitaux, de la thermogénèse, du sommeil. On connaît l'importance de la région du diencéphale pour l'expression des émotions, ainsi que l'intérêt du diagnostic entre situations diencéphaliques et pathologie affective. Des exemples tirés de la pathologie sont cités, ainsi que les conséquences de certaines opérations telles que les leucotomies, susceptibles de préciser les connexions entre les aires préfrontales et l'hypothalamus.

V.-J. Durand.

Sur la question du petit mal oral. Remarques sur les conceptions de O. Hallen (Zur Frage des Oral-Petit mal. Bemerkungen zu den Ausführungen von O. Hallen), par E. Niedermeyer (d'Innsbrück). (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, vol. 172, 1955, p. 531-534).

En parlant de petit mal oral, O. Hallen pense aux formes d'automatismes qui sont considérées par F. et E. Gibbs comme des variétés d'épilepsie psychomotrice, comme les mouvements de mastication, de succion, de déglutition. Niedermeyer critique cette conception de Hallen. Il croit indispensable de séparer nettement les automatismes oraux et les formes d'épilepsie type petit mal. Cette distinction est importante, non seulement au point de vue physiologique et clinique, mais aussi au point de vue thérapeutique. En effet, dans le petit mal, les préparations à base d'oxazolidine-dione sont particulièrement efficaces, tandis que les dérivés de l'hydantoïne et les barbituriques seraient sans utilité. La tendance à la séparation des deux formes est d'ailleurs générale actuellement et la position de Hallen très critiquée. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Status dysraphicus chez les malades mentaux (Status dysraphicus bei Geisteskranken), par F. Kramer (de Den Dolder, Pays-Bas). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 44-60).

Faisant une revue générale de la question du status dysraphicus chez les malades mentaux, l'auteur donne les résultats d'une recherche personnelle. Sur mille malades mentaux, il y avait dans 79 % des cas des signes d'état dysraphique, soit nettement plus que dans la population moyenne. La survenue simultanée de deux symptômes dysraphiques chez le même sujet se voit plus fréquemment que la combinaison d'un trouble dysraphique avec une autre anomalie congénitale. Beaucoup de symptômes ont été explorés, sur la base de données statistiques, en ce qui concerne leur appartenance au status dysraphicus. L'arachnodactylie représente un type constitutionnel

spécial à séparer de l'état dysraphique. Dans un groupe de psychoses exogènes, secondaires à des maladies infectieuses ou à des intoxications, les symptômes dysraphiques sont plus rares que dans les affections psychiques endogènes. D'importantes précisions sont données sur les diverses manifestations de l'état dysraphique. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Mécanismes et rythmes répétitifs en psychologie et en psychiatrie (Meccanismi e ritmi ripetitivi in psicologia e in psichiatria), par Bruno Callieri et Franco Di Biagio (de Rome). (*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 18e année, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 107-124).

Les manifestations réitératives jouent un rôle important en psychiatrie. Il est possible d'envisager leurs rapports avec les mécanismes répétitifs élémentaires, psychophysiologiques et neurophysiologiques. Une part notable de la phénoménologie répétitive est susceptible d'être l'objet d'interprétations appartenant à des niveaux très divers : soit comme mécanisme élémentaire psychophysiologique rythmique, soit comme aspect répétitif de l'éidétisme de Jaensch et de la fonction secondaire de Gross, impliquant le concept de fonction-trace et la redisponibilité générique de la fonction, soit comme mécanisme élémentaire psycho-instinctuel, soit enfin comme manifestation adaptative, défensive ou compensatoire, sur le plan psychologique proprement dit. L'interprétation psychologique des mécanismes répétitifs est analysée au point de vue gestaltique, psychodynamique, anthropologique, ainsi que dans les typologies normales, psychopathiques et psychotiques (anancastiques, épileptiques, schizophréniques, anxieuses et dépressives). « Les manifestations réitératives en psychiatrie ont une importance et une extension bien plus grande que ce qu'on pense communément. » Bibliographie.

V.-J. Durand.

Considérations sur la génèse des hallucinations dites hypnagogiques (Considerazioni sulla genesi delle c.d. allucinazioni ipnagogiche), par E. Benincasa-Stagni et M. Vacchini (de Rome). (*Il Lavoro Neuro-Psichiatrico*, 11e année, vol. 20, fasc. 1, février 1957, p. 3-22).

Les auteurs décrivent un cas clinique où le trouble primaire était constitué, chez une malade de 52 ans, par des hallucinations hypnagogiques. Rappelant les discussions antérieures à ce sujet, les auteurs montrent que ces phénomènes ne doivent pas être compris comme un des éléments des troubles hallucinatoires. Il s'agirait seulement d'images oniriques survenant précocement et perçues dans un état de conscience spéciale (conscienҫe hypnagogique) qui possède des caractères particuliers d'exaltation des processus idéo-affectifs, par relâchement et désinhibition. Le rêve, dans sa complexité scénique, constitue l'amplification et le développement du thème initial dont le contenu se retrouve déjà dans le phénomène hypnagogique. Chez le sujet normal, il y a correction du trouble en cas de réveil. Si sont présents des troubles au moment des phases marginales du sommeil ou chez des individus à terrain particulièrement prédisposé, le phénomène psychosensoriel hypnagogique apparaît avec un mécanisme génétique semblable à celui des phénomènes illusionnels. Bibliographie.

V.-J. Durand.

NEUROLOGIE

Les chondromes intracraniens. A propos de deux nouveaux cas de chondromes primitifs du crâne, par Marcel David et J.-P Constans. (*La semaine des hôpitaux*, n° 30, du 26 mars 1957).

Les chondromes intracrâniens primitifs sont des tumeurs extrêmement rares. Les caractères anatomiques et évolutifs de ces tumeurs les apparentent beaucoup aux méningiomes. Elles ne sont pas toujours exclusivement constituées de tissu cartilagineux et renferment fréquemment d'autres composantes anatomo-pathologiques (ostéochondromes, myxochondromes...).

Du point de vue anatomo-clinique, ces tumeurs peuvent être réparties en deux grands groupes : les chondromes de la convexité et les chondromes de la base.

Si leur aspect les rend facilement reconnaissables à l'intervention, le diagnostic préopératoire en est très difficile. Seule la présence de calcifications à la radio pourra faire évoquer le diagnostic. Le rôle des traumatismes dans leur développement semble indiscutable. Dans leur pathogénie, on fait intervenir l'existence de résidus cartilagineux embryonnaires ou de restes mésenchymateux méningés. En dépit de leur caractère histologique bénin, ces tumeurs ne sont pas d'un bon pronostic. Les tumeurs de la base, en particulier, se comportent comme des tumeurs malignes du fait des récidives ; cependant, la neurochirurgie peut faire état de survies importantes et de plusieurs guérisons.

P. Abély.

Perte de la mémoire récente après les lésions bilatérales de l'hippocampe, par W. B. Scoville et B. Milner. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 20, n° 1, février 1957, p. 11).

La résection médiale bilatérale du lobe temporal chez l'homme entraîne un affaiblissement permanent de la mémoire récente si l'ablation s'étend assez loin en arrière pour endommager les régions antérieures de l'hippocampe. Cette conclusion est basée sur les examens psychologiques de neuf cas. La perte de mémoire est d'autant plus importante que la résection de l'hippocampe a été plus étendue. L'ablation bilatérale, portant seulement sur l'uncus et le noyau amygdalien, ne cause pas d'affaiblissement de la mémoire. Dans un cas, la lobectomie unilatérale portant sur la région inférieure temporale et sur la plus grande partie de l'hippocampe, ne détermina pas de perte de mémoire durable. Dans les cas où l'excision a intéressé la région médiale temporale, on nota une perte de mémoire antérograde et rétrograde, mais les souvenirs anciens et les capacités techniques restèrent intacts ; la personnalité, l'intelligence générale, qui sont si souvent troublées après les lobectomies temporales bilatérales complètes, ne présentèrent aucune détérioration. Les auteurs concluent que c'est dans l'hippocampe et la circonvolution de l'hippocampe, soit séparément, soit ensemble, que se fait la conservation des souvenirs des faits courants. On ignore si le noyau amygdalien joue un rôle dans ce mécanisme, puisque le complexe hippocampien n'a pas été enlevé seul, mais toujours avec l'uncus et le noyau amygdalien. Cinq figures dans le texte.

L. Marchand.

La récidive des méningiomes intracraniens après traitement chirurgical, par D. Simpson. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 20, n° 1, février 1957, p. 22).

Les méningiomes peuvent récidiver même si leur ablation semble avoir été faite très complètement. Les recherches sur ce sujet par l'auteur portent sur une première série de 225 cas et une autre de 97 cas. Il tient compte des particularités de chaque résection et divise les cas en cinq groupes. Dans le premier, qui comprend 90 opérations, la tumeur a été considérée comme totalement enlevée, on relève 8 récidives (9 %) ; dans le deuxième, sur 114 opérations, les adhérences dure-mériennes ont simplement subi la coagulation, on relève 18 récidives (19 %). Les récidives deviennent manifestes après une période moyenne de cinq ans. Dans les cas qui constituent les troisième, quatrième et cinquième groupes, les opérations ont été incomplètes et les récidives ont été les plus nombreuses.

Les méningiomes peuvent être bénins, localement infiltrants ou franchement malins. L'infiltration des sinus veineux s'observe dans 13 % des cas, celle des os dans 20 %, celle du cerveau dans 3,7 % des cas. L'examen histologique peut permettre de prévoir la récidive, mais pas toujours. Sur 19 tumeurs qui paraissaient avoir été réséquées complètement et qui ont récidivé, deux présentaient nettement un caractère malin, quatre des signes de rapide évolution et douze rien de spécial. Les méningiomes contenant des vaisseaux à parois indifférenciées, avec formation abondante de réticuline, sont particulièrement d'un mauvais pronostic.

L. Marchand.

Une forme rare de maladie cérébrale caractérisée par d'énormes lésions vasculaires chez un jeune sujet, par C. S. Treip et R. J. Porter. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 20, n° 1, février 1957, p. 50).

Le sujet est mort à l'âge de 19 ans. La maladie, qui évolua insidieusement, avait débuté treize mois auparavant. On note, comme symptômes, une démence progressive, l'atrophie optique, une ataxie cérébelleuse gauche, une hémiparésie gauche, de l'hypertension.

Les lésions cérébrales consistent en une nécrose corticale étendue plus accusée du côté droit avec zones localisées de pénétration (atrophie granulaire) ; les lésione cérébelleuses ont les mêmes caractères. La substance blanche, les ganglions de la base et le tronc cérébral sont relativement peu touchés. Les lésions vasculaires rappellent celles de la thrombo-vascularite oblitérante et de la polyarthrite nodosa. On note en outre une néphro-sclérose. Dix photomicros illustrent le travail.

L. Marchand.

Coups d'œil sur l'efficacité du regard dans la lecture. par A. Remond, V. Gabserk et N. Lesèvre. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 455).

L'examen des mouvements des yeux au cours de la lecture, chez un groupe de sujets normaux étudiés comme contrôle, a permis aux auteurs de reconnaître quelques-uns des phénomènes essentiels intervenant dans le

mécanisme de cette activité fondamentale. Il existe chez des individus normaux de grandes variations dans l'efficacité de la lecture si l'on prend le temps de lecture globale d'un texte comme mesure de cette efficacité. Ces variations paraissent relever de plusieurs ordres de facteurs.

Des facteurs peuvent dépendre des textes. Ils correspondent, soit à la présentation matérielle (nombre et longueur des lignes, nombre de lettres par ligne, caractères typographiques), soit du contenu.

D'autres facteurs sont physiologiques. Chaque déplacement du regard se traduit par des mouvements de durée plus ou moins grande qui prennent d'autant plus de temps qu'ils sont plus nombreux. L'amplitude de ces mouvements étant inversement proportionnelle à leur nombre correspond à la largeur des pages de lecture. Ce phénomène peut être influencé par l'acuité visuelle et par l'âge, mais c'est le facteur psychologique ou mental qui semble le déterminer au maximum chez l'individu normal, comme le montrent ses relations avec le niveau culturel.

L. Marchand.

Recherches complémentaires sur la leuco-encéphalite sclérosante subaiguë. Trois observations anatomo-cliniques nouvelles, par François Martin (de Genève) et Werner Isler (de Zurich). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 73-112).

Les auteurs rapportent trois observations anatomo-cliniques complètes de leuco-encéphalite sclérosante subaiguë de Van Bogaert. Elles concernaient respectivement un garçon de 10 ans, un jeune homme de 15 ans, un garçon de 8 ans. De l'étude de ces cas, il apparaît que l'on peut considérer la leuco-encéphalite sclérosante subaiguë comme un processus infiltratif lymphoplasmocytaire fortement œdémateux, pannévraxique, avec prédominance pour la substance blanche hémisphérique, phénomènes réactionnels gliaux sous forme d'une gliose diffuse, parfois nodulaire, processus désintégratif secondaire par démyélinisation, nécrose œdémateuse, destruction cellulaire, désintégration lipidique, tendance à la systématisation des localisations prédominantes du processus inflammatoire, inconstance dans l'apparition d'inclusions intra-nucléaires. 17 figures.

V.-J. Durand.

Anomalies oculaires et épilepsie chez deux jumeaux dizygotes. Les malformations neuro-ophtalmiques, par P. Kissel et J.-B. Dureux (de Nancy). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 177-184).

Les auteurs rapportent les observations de deux jumeaux dizygotes, dont l'un est atteint d'épilepsie et peut-être d'une agénésie du corps calleux avec colobome irido-choroïdien et microphtalmie, l'autre ayant une dysrythmie électro-encéphalographique de type épileptique avec syndrome de Claude Bernard-Horner congénital. Après discussion des problèmes particuliers soulevés par ces deux cas (signification des anomalies oculaires, questions liées à la génétique), ainsi que des problèmes plus généraux (malformations colobomateuses et épilepsie, malformations colobomateuses et agénésie du corps calleux, malformations colobomateuses et syndrome de Bardet-Biedl), les

auteurs rappellent la fréquence relative des malformations neuro-ophtalmiques dont ils indiquent les bases pathogéniques. Il faut faire intervenir un facteur germinatif (origine commune de l'œil et du système nerveux), un facteur chronologique (développement parallèle de leurs deux ébauches), enfin, un facteur topographique (évolution de leurs ébauches sous l'induction de centres organisateurs longtemps communs, puis voisins). Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Idiotie amaurotique familiale infantile. Dégénérescence cérébro-maculaire ou maladie de Tay-Sachs (Idiotez amaurotica familiar infantil. Degeneracion cerebro-macular o enfermedad de Tay-Sachs), par Aldo Muggia. (*Archivos de Criminologia, Neuro-Psiquiatria y Disciplinas Conexas,* Quito, vol. 5, n° 17, janvier-mars 1957, p. 38-59).

L'auteur décrit un cas typique d'idiotie amaurotique familiale infantile ou maladie de Tay-Sachs, observé chez un enfant juif de 7 mois, né à Guayaquil, d'une mère allemande et d'un père autrichien, les deux israélites. Les parents du père étaient d'origine polonaise. Ce cas est le premier observé dans le pays de maladie de Tay-Sachs. A cette occasion, l'auteur fait une révision générale détaillée de la question, tant au point de vue clinique, qu'anatomo-pathologique, histologique et pathogénique. Les formes cliniques voisines sont décrites. Il apparaît que la maladie de Tay-Sachs doit demeurer séparée des autres variétés d'idiotie amaurotique de l'enfance et de l'âge adulte. Quelques considérations sont faites sur les problèmes de l'origine du syndrome et, en particulier, sur les mutations pathologiques qui ont pu lui donner naissance. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur le diagnostic radiologique de tumeur intra- ou extra-cérébrale de la région sellaire (Sulla diagnosi radiologica di tumore intra o extracerebrale della regione sellare), par G. Castorina et P. Severini (de Rome). (*Il Lavoro Neuro-Psichiatrico,* 11e année, vol. 20, fasc. 1, février 1957, p. 23-40).

Les auteurs décrivent et discutent les examens neuro-radiologiques de 70 cas de tumeurs de la région sellaire, contrôlées chirurgicalement et indiquent les conditions du diagnostic du développement intra ou extracérébral. Pour les examens sans préparation est importante la présence d'altérations focales sellaires (surtout calcifications). Le chondromyxome a un aspect caractéristique. La pneumo-encéphalographie est plus importante que la ventriculographie, car la visualisation directe des citernes basales et des ventricules donne la possibilité de reconnaître l'étendue et le type de développement de la tumeur. L'angiographie donne d'utiles renseignements, les images étant différentes suivant que la tumeur est intra ou extradurale. Particulièrement importants à rechercher sont les déplacements du segment horizontal de l'artère cérébrale antérieure, des veines, et surtout des veines profondes. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La place de l'électromyographie en neurologie, par F. Thiébaut, F. Isch et Mme C. Isch-Treussard. (*L'encéphale*, t. 45, 1956, n° 5, p. 1300-1366, et t. 45, 1956, n° 6, p. 1397-1453).

A côté des méthodes d'électro-diagnostic classique de stimulation, les progrès de la technique électronique ont permis le développement de l'électrodiagnostic de détection, c'est-à-dire de l'électromyographie. Les auteurs étudient les procédés utilisés, décrivant les électrodes, les amplificateurs, l'observation et l'enregistrement des potentiels musculaires. Les recherches personnelles des auteurs ont été faites par dérivation à l'aiguille coaxiale monofilaire. Une étude complète est faite de l'électromyographie du muscle normal : motilité active volontaire, motilité active provoquée, motilité passive. Puis, est envisagée de façon très détaillée l'électromyographie en pathologie. C'est d'abord la description des troubles de la motilité périphérique : 1) atrophies neurogènes (description des tracés avec potentiels de fibrillation et réduction du nombre des unités motrices activées au cours de la contraction volontaire maximale, réalisant de grandes variations individuelles selon la forme des unités motrices, selon la durée d'évolution et selon la localisation et la nature du processus destructif ; types étiologiques, atrophies neurogènes aiguës de la poliomyélite, des radiculites, des névrites aiguës, des polynévrites, des polyradiculonévrites, des traumatismes aigus des nerfs, atrophies neurogènes progressives, soit compliquant une arthrose vertébrale, soit par sclérose latérale amyotrophique, soit par syringomyélie, soit par maladie de Werdnig-Hoffmann et myotonie, soit par maladie de Charcot-Marie, soit par névrite hypertrophique essentielle) ; 2) atrophies myogènes (description des tracés, types étiologiques avec les polymyosites et les dermatomyosites, les myopathies, la myotonie atrophique ou maladie de Steinert, atrophies musculaires d'origine diverse) ; 3) troubles de la transmission neuro-musculaire : myasthénie au cours de la contraction volontaire maximale et par stimulation électrique du nerf, action du curare, botulisme, myotonie ; 4) troubles irritatifs : spasmes faciaux, contractures physiopathiques post-traumatiques, contractures périphériques, tétanos. Ensuite, sont considérées les altérations de l'électromyogramme dans les processus métaboliques : tétanie, affections thyroïdiennes, paralysie périodique. Puis sont décrits les troubles de la motilité centrale, méthodes d'investigation, mouvements anormaux (mouvements musculaires élémentaires anormaux ou myocinésies avec les fasciculations, la trémulation fasciculaire, les myoclonies ; mouvements anormaux rythmés avec les tremblements statiques parkinsoniens, les tremblements d'attitude, le tremblement cinétique, le clonus, la phase clonique de l'épilepsie ; mouvements anormaux globaux non rythmés), dystonies d'attitude (postures dystoniques avec les spasmes de torsion, torticolis spasmodique, crampe des écrivains et dystonies de fonction) ; contractures d'origine centrale (spasticité, raidissement, rigidité, plasticité) ; hypotonies d'origine centrale ; troubles de la motilité volontaire (ataxies, atteintes cérébelleuses, troubles pyramidaux, troubles psychomoteurs avec l'akinésie et les phénomènes, la catatonie, l'hystérie). De très nombreux cas personnels sont rapportés. Cinquante figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Particularités anatomiques et moyens d'exploration de la région diencéphalo-hypophysaire (Particularidades anatomicas y medios de exploracion de la región diencéfalohipofisaria), par Juan E. Azcoaga. (*Acta Neuropsiquiátrica Argentina*, vol. 2, n° 4, novembre-décembre 1956, p. 403-408).

L'auteur donne de très nombreuses et utiles indications sur l'exploration radiologique de la région diencéphalo-hypophysaire. Il étudie, dans cet article (qui succède à un autre sur l'anatomie de la zone envisagée), la radiologie simple, la tomographie, donnant des précisions sur les repères, les incidences particulièrement commodes, sur les modifications observées, soit dans les décalcifications et les pertes de substance, soit dans les calcifications (surtout de l'épiphyse), sur l'aspect radiologique du canal optique, sur les caractéristiques roentgenologiques de la selle turcique et des régions voisines. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Méningites lymphocytaires et séreuses (Meningiti linfocitari e sierose), par Luigi Maganzani (d'Imola). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 20-37).

L'auteur a étudié, à l'aide de dix cas cliniques et d'une révision de la littérature, les relations symptomatologiques et en particulier celles de laboratoire, qui existent entre les formes de méningites lymphocytaires et séreuses. Il apparaît, dans l'ensemble, qu'on peut reconnaître une affinité étiologique des deux formes et souvent une évolution clinique similaire. Cependant, en général, le pronostic est bénin dans la forme lymphocytaire, ce qui n'est pas toujours le cas dans les méningites séreuses. Les deux syndromes sont des formes de réaction méningée pouvant apparaître en rapport avec d'autres affections. Leur étiologie demeure encore imparfaitement connue. Des facteurs infectieux, inflammatoires, dyscrasiques, toxiques, viraux, allergiques, ont pu être incriminés. On connaît les conditions du diagnostic avec la méningite tuberculeuse. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Sur un cas d'abcès du cerveau (Sobre un caso de absceso cerebral), par A. Aranibar et L. Palomino. (*Revista de Neuro-Psiquiatria*, Lima, t. 19, n° 3, septembre 1956, p. 395-409).

L'étude d'un cas d'abcès cérébral est faite, au point de vue clinique et anatomique. Il s'agissait d'une jeune fille de 15 ans, atteinte d'une cardiopathie de Roger et présentant des troubles en rapport avec une perturbation cérébrale à évolution torpide. Les symptômes furent réactivés dans le dernier mois, avec hémiplégie d'apparition brutale et rapidement spasmodique ; syndrome méningé et coma terminal. L'étude anatomique montra l'existence d'un grand abcès temporal d'origine otique avec détermination d'un empyème ventriculaire. L'observation histologique révéla, en plus du foyer suppuratif et des modifications de voisinage, d'importantes lésions de dégénérescence aiguë dans des régions éloignées : cortex cérébral moteur, noyau rouge, locus niger et noyaux bulbo-protubérantiels. L'intensité de ces lésions à distance n'avait aucun rapport avec celle des atteintes vasculaires. Dix-huit figures.

V.-J. Durand.

Électro-encéphalographie clinique (Electro-encefalografia clinica), par C. Perez Borja. (*Archivos de Criminologia, Neuro-Psiquiatria y Disciplinas Conexas*, Quito, vol. 5, n° 17, janvier-mars 1957, p. 60-71).

Dans cet article, l'auteur envisage d'abord l'électro-encéphalographie dans la pathologie vasculaire du cerveau : 1) malformations vasculaires (anévrysmes, angiomes, maladie de Sturge-Weber) avec trois types d'anomalies électriques : rythme delta polymorphe de type lésionnel, anomalies lentes monomorphes de type épileptique et asymétrie d'amplitude du rythme de base ; 2) hémorragies intracraniennes (péridurales, sous-arachnoïdiennes, intra-cérébrales, ventriculaires). Puis est étudiée l'électro-encéphalographie dans les traumatismes craniens récents et dans les états post-traumatiques chroniques. Les caractéristiques des tracés sont décrites pour les diverses affections envisagées.

V.-J. Durand.

Considérations clinico-angiographiques sur le problème de l'hémiplégie dans les thromboses des artères cérébrales (Considerazioni clinico-angiografiche sul problema dell'emiplegia nelle trombosi delle arterie cerebrali), par Guido Castorina et Giuseppe Francesconi (de Rome). (*Revista di Neurologia*, vol. 27, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 71-88).

Les auteurs décrivent et discutent les tableaux angiographiques de 130 cas de syndromes cliniques pouvant se rapporter à des thromboses des artères cérébrales et pour lesquels les signes étaient constitués essentiellement par l'hémiplégie. On a rencontré 33 cas d'occlusion de la carotide interne, 15 d'occlusion de l'artère cérébrale moyenne, 12 avec des difficultés de passage du produit de contraste au niveau du siphon carotidien, 24 avec des difficultés de passage du produit opaque ou thrombose au niveau de l'artère cérébrale antérieure. Enfin, chez 46 malades, il n'a pas été possible de mettre en évidence d'occlusion, ou de difficultés de passage du milieu de contraste. Dans ces cas, les auteurs ont rencontré des tableaux angiographiques d'artériosclérose ou des tableaux angiographiques normaux. Se fondant sur l'analyse des données angiographiques, sur les modalités de la circulation collatérale de suppléance, enfin sur les données anatomo-cliniques, les auteurs concluent en proposant l'hypothèse que la capsule interne serait le territoire qui souffrirait le plus souvent dans les occlusions de l'artère carotide interne et dans les occlusions siégeant à l'origine des artères cérébrales antérieure et moyenne. Huit figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Les troubles du langage dans les syndromes occlusifs de la carotide et de ses branches (I disturbi del linguaggio nelle sindromi occlusive della carotide e dei suoi rami), par Vincenzo Floris, Cristoforo Morocutti et Giovanni B. Rizzo (de Rome). (*Rivista di Neurologia*, vol. 27, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 1-70).

Les auteurs font tout d'abord un exposé synthétique du problème des troubles du langage considérés des points de vue anatomo-clinique et psychopathologique, puis ils étudient les rapports observés entre les conditions

circulatoires de l'encéphale, explorées angiographiquement, et quelques syndromes aphasiques, étudiés selon une méthode standard, comprenant une batterie appropriée de tests psychologiques (Progressive Matrices 1938, Cubes de Kohs, Goldstein-Scheerer Cube Test, Weigl-Goldstein-Scheerer Color Form Sorting Test, Porteus, Wechsler-Bellevue). L'examen angiographique a confirmé dans les grandes lignes les classiques schémas anatomo-cliniques, mais a mis en évidence, d'autre part, l'existence possible d'apparents contrastes. Ainsi, on a pu observer : des troubles semblables par occlusion de vaisseaux différents ou des troubles différents par occlusion des mêmes vaisseaux. Ces résultats ont été mis en relation : avec les possibilités de compensation par les collatérales voisines jouant un rôle de suppléance, avec l'âge du sujet, avec l'état général des vaisseaux et, enfin, avec les variations anatomiques individuelles dans les territoires artériolo-capillaires de l'encéphale. L'étude angiographique, permettant la corrélation « in vivo » entre les deux ordres de facteurs (aire ischémique et troubles cliniques), rend possible une compréhension plus dynamico-fonctionnelle de la pathologie des troubles du langage. Description détaillée de neuf cas : trois de thrombose de la carotide interne, deux d'obstruction de l'artère sylvienne au début. deux de thrombose de l'artère temporo-pli courbe, deux d'atteinte de quelques branches superficielles de l'artère sylvienne avec, probablement, un ramollissement profond associé. 26 figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Hypothermie expérimentale et ganglioplégiques, par P. C. Besusso et G. Gamma. (*Note et Rivista di Psichiatria,* Pesaro, XLVIII, 3, 4, 1955).

Les auteurs rapportent et discutent les résultats obtenus par eux chez les cobayes traités par des ganglioplégiques (bitartrate d'examéthonium) et des neuroplégiques (chlorpromazine) et soumis à l'action de la chaleur.

Dans une première série d'expériences avec des doses faibles des médicaments, on obtient une diminution de l'hypothermie. C'est le contraire avec des doses élevées.

Dans la seconde série d'expériences, les cobayes sont traités par des doses élevées de ganglioplégiques et en même temps soumis à des températures léthales. On constate qu'ils meurent plus vite et à des températures moins élevées que les cobayes-témoins. L'examen microscopique des diencéphales de ces animaux n'a permis aucune constatation utile.

L. Fromenty.

Détermination du taux des O-antistreptolysiniques dans le sérum de cent malades mentaux, par G. Gamma et G. Gandiglio. (*Note e Rivista di Psichiatria,* Pasaro, XLVIII, 3-4, 1955).

Après une revue générale sur le rhumatisme articulaire aigu et l'infection streptococcique, considérés comme facteurs de psychopathies, les auteurs rendent compte de leurs recherches personnelles en titrant dans le sérum sanguin de cent malades mentaux l'O-antistreptolysine.

Dans 43 % de ces cas, ils ont trouvé un taux supérieur à la normale (260 A.S.V.), dans 10 % des cas ce taux dépassait 625 A.S.V. Dans 40 % des cas de schizophrénie, le taux s'étalait de 250 à 625 A.S.V. Ils n'ont trouvé aucun rapport entre ce taux d'A.S.V. et l'âge du malade ou l'ancienneté de l'affection, ni avec les variations de la vitesse de sédimentation des hématies.

Chez 4 % de ces malades, l'anamnèse et la clinique prouvaient la réalité de l'infection streptococcique. Dans ces derniers cas, on trouvait un taux élevé d'A.S.V. dans 42 % des cas, tandis que l'on ne retrouvait cette augmentation chez les autres sujets que dans 27 % des cas.

L. Fromenty.

Étude expérimentale des effets de la réserpine sur l'activité électrique cérébrale chez le lapin (Studio sperimentale degli effetti della reserpina sull'attività elettrica cerebrale nel coniglio), par D. de Caro, R. Picciau et L. Mullas (de Cagliari). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 11e année, vol. 20, fasc. 1, février 1957, p. 41-66).

Pour la plupart des auteurs, la réserpine produit une activation du système réticulaire et un électro-encéphalogramme d'alerte permanente. Les expériences ici décrites et faites chez le lapin ont comporté des injections de 2 mgr. à 5 mgr. de réserpine par kilo de poids corporel. Les tracés recueillis directement sur l'écorce cérébrale ont reproduit des tableaux électriques de repos et de sommeil. Ce dernier est, d'ailleurs, très léger, facilement interrompu par des stimulations variées, même légères. Les auteurs ont observé qu'en injectant de l'acide lysergique aux lapins déjà réserpinisés, la réaction d'alerte typique du L.S.D. 25 devient incomplète et discontinue. Chez les lapins traités par le L.S.D. 25, le tracé d'alerte est interrompu rapidement par l'injection de réserpine, avec disparition du rythme désynchronisé et apparition d'ondes lentes et larges associées à des spindles à 14 cycles par seconde. Il semble donc que la réserpine déprime le système réticulaire mésencéphalique et facilite la synchronisation thalamique. On voit donc la différence entre cette opinion et les affirmations d'autres auteurs. 17 figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Action de la bêta-tethrahydronaphtylamine appliquée directement sur le cortex cérébral du chien (Azione della beta-tetraidronaftilamina applicata direttamente sulla corteccia cerebrale del cane), par C. Citterio (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 11e année, vol. 20, fasc. 1, février 1957, p. 67-78).

L'action convulsivante de la bêta-tétrahydronaphtylamine a été recherchée sur un groupe de douze chiens, qui s'étaient montrés prédisposés à l'exploration strychninique. Chez dix animaux, l'application directe sur le cortex cérébral a provoqué des crises convulsives généralisées ; chez deux autres chiens, fut obtenue seulement une réponse clonique de la zone correspondant au centre cortical stimulé. Il apparaît possible de conclure que la substance étudiée possède une action analogue à celle de la strychnine, mais moins marquée. La bêta-tétrahydronaphtylamine modifie l'activité fonctionnelle du centre sigmoïdien, le rendant épileptogène chez l'animal prédisposé, mais seulement entre certaines limites. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Recherche expérimentale sur la fonction des noyaux amygdaliens dans l'épilepsie psychomotrice (Experimental research on the function of the amygdaloid nuclei in psychomotor epilepsy), par Seiichi Aida (de Niigata). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, vol. 10, n° 3, décembre 1956, p. 181-207).

L'auteur expose d'abord les résultats de la neuronographie strychninique du noyau amygdalien chez le chat. Il y a apparition des pointes typiques dans la portion temporale antérieure, la portion antéro-latérale du lobe piriforme, la zone antérieure de l'hippocampe, la région du septum, le noyau ventro-médian de l'hypothalamus, les noyaux dorso-médian et centro-médian du thalamus. On peut admettre des projections amygdalo-temporales, amygdalo-hippocampiques, amygdalo-septales, amygdalo-hypothalamiques, amygdalo-thalamiques. Ces connexions peuvent expliquer les réponses automatiques, somatiques, comportementales et électro-encéphalographiques dans l'épilepsie psychomotrice. Ensuite est étudiée l'épilepsie psychomotrice provoquée expérimentalement chez le chien. Les manifestations autonomes, somatomotrices et du comportement peuvent être rapportées à la conduite émotionnelle orale. Les réponses cliniques et électro-encéphalographiques sont très comparables aux symptômes observés dans l'épilepsie psychomotrice humaine. Dix-huit figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La pathogénie de la crise épileptique (The pathogenesis of epileptic seizure), par Ryosuke Kurosawa, Hisashi Hattori et Toshihisa Wakoh (de Tsu). (*Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, vol. 10, n° 3, décembre 1956, p. 208-226).

Ayant étudié le mouvement des électrolytes dans le sérum pendant l'hyperpnée chez les épileptiques, les auteurs montrent que l'augmentation du sodium et la diminution du potassium ne s'accompagnaient d'aucune modification de l'électro-encéphalogramme. Les changements en sens inverse des deux électrolytes accompagnaient de violentes décharges visibles sur le tracé. Donc, une décharge convulsive peut correspondre à une sortie d'un excès de potassium tissulaire. Ensuite, est envisagée la relation entre les électrolytes du sérum et l'état de convulsibilité. La baisse du potassium avec augmentation du sodium répond à la plus faible prédisposition convulsive. Enfin, sont considérés les rapports entre la crise épileptique et la fonction cortico-surrénale. Ils sont encore mal connus. L'hyperfonction du cortex surrénal semble agir occasionnellement comme un facteur précipitant pour la crise épileptique spontanée. Quatre figures. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La sédimentation globulaire sur le liquide céphalo-rachidien de la paralysie générale (La eritrosedimentazione sul liquor della paralisi generale progressiva), par Vincenze Micheletti (de Castiglione delle Stiviere). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 114-122).

L'auteur a recherché la vitesse de sédimentation globulaire sur le liquide céphalo-rachidien chez des paralytiques généraux. Il a observé une légère

augmentation de la vitesse de sédimentation. La cause de ce phénomène semble pouvoir être rattachée à la présence de fibrinogène dans le liquide céphalo-rachidien. Cette présence est elle-même une conséquence de l'augmentation de la perméabilité au niveau de la barrière hémo-liquidienne. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les perturbations métaboliques de la « maladie alcoolique » et leurs rapports avec l'excitabilité neuro-musculaire et certaines manifestations d'hypertension artérielle, de glycosurie et d'albuminurie, par Raoul Lecoq (de Saint-Germain-en-Laye). (*La revue de l'alcoolisme,* 11e année, n° 5, janvier-mars 1957, p. 131-141).

La maladie alcoolique produit diverses modifications métaboliques étudiées depuis de nombreuses années par l'auteur. Celui-ci en envisage ici quelques-unes. Les troubles de l'excitabilité neuro-musculaire peuvent être appréciés par chronaximétrie ou par l'étude conjointe de l'excitabilité du nerf et du muscle dans des conditions variables d'intensité et de temps. Ces modifications observées ne répondent pas à un type unique. En particulier, le chevauchement de la courbe nerf-muscle n'est pas constant. Il existe un syndrome hypertensif, d'origine métabolique, rattaché à l'intoxication alcoolique et indépendant des signes d'une anxiété inconstante. Ce syndrome peut être rapporté à une maladie cardio-vasculaire d'adaptation. La désintoxication et l'abstinence de boissons alcoolisées suffisent à obtenir une amélioration solide. Il est possible de voir des glycosuries ou des albuminuries, plus ou moins importantes, parfois associées, et qui disparaissent, sans régime spécial, en même temps que les signes d'intoxication éthylique. Sept figures. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Physiologie et pathologie du corps calleux, par F. Bremer, J. Brihaye et G. André-Balisaux (de Bruxelles et Anvers). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,* vol. 78, fasc. 1-2, 1956, p. 31-87).

Les auteurs font une étude très détaillée de la signification physiologique et de la pathologie du corps calleux en se fondant surtout sur les récentes recherches d'électro-physiologie et principalement d'électro-encéphalographie. Après un rappel anatomique, envisageant l'origine neuronique des fibres callosales et leur distribution, les relations topologiques, les problèmes de la suppléance, ils étudient la question de la signification fonctionnelle avec description des symptômes liés à la section chirurgicale ou à la destruction du corps calleux chez l'homme, aux rapports avec les gnosies et les praxies. Enfin, est fait un bilan détaillé des données électro-encéphalographiques. Il apparaît possible d'affirmer que le corps calleux, étant une grande commissure entre le néocortex des deux hémisphères cérébraux, a une fonction synergique tonique bilatérale. Ses lésions produisent une asthénie cérébrale avec conséquences intellectuelles, affectives, motrices. Le corps calleux a aussi une fonction assurant le transfert des acquisitions mnésiques d'un hémisphère à l'autre, d'où utilisation réciproque par les deux hémisphères des activités motrices, compréhension et expression des symboles verbographiques. Cela n'empêche pas que les lésions spontanées ou expérimentales

ne s'accompagnent pas d'atteinte marquée des acquisitions mnésiques. On admet que les hémisphères pourraient utiliser les empreintes mnésiques déjà enregistrées avant la lésion. Quatorze figures. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Étude sur l'action centrale de la rauwolfia serpentina par l'intermédiaire des connexions entre mésodiencéphale et rétine (Studio sull'azione centrale della *Rauwolfia serpentina* tramite le connessioni fra mesodiencefalo e retina), par Ernesto Buondonno (*d'Ascoli Piceno*). (*Il Cervello*, 35e année, n° 3, 15 mai 1957, p. 193-218).

L'auteur a recherché les modifications du champ visuel à la suite d'injections de réserpine chez des sujets normaux. L'élément de fatigue ayant été éliminé, il fut possible d'observer une constante réduction concentrique. La modification ainsi obtenue a été interprétée à la lumière des plus récentes acquisitions sur le mécanisme d'action de la réserpine. Pour celle-ci a été confirmée une prédominance d'action mésodiencéphalique sur la base des connaissances relatives aux connexions entre la rétine et le mésodiencéphale. Les phénomènes observés de rétrécissement du champ visuel peuvent être englobés dans le domaine des manifestations liées à l'action centrale de la réserpine qui, sollicitant les structures mésodiencéphaliques, produirait des trains d'ondes anormaux d'impulsions le long des voies mésodiencéphalo-rétiniennes avec variations consécutives des chronaxies et hétérochronisme entre les neurones d'ordre varié. Douze figures. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

ÉLECTRO-ENCÉPHALOGRAPHIE

Étude électro-encéphalographique des syncopes. — I. Corrélations électro-cliniques chez 150 sujets présentant des syncopes vaso-vagales, par H. Gastaut, P. Navarrane, M. Pitot et G. Salomon. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 541).

Les syncopes banales n'ont rien à voir avec l'épilepsie et avec ses frontières. Elles sont par contre souvent en relation avec un processus d'hyperréactivité vagale mis en évidence par l'épreuve du réflexe oculo-cardiaque.

L. Marchand.

Étude électro-encéphalographique des syncopes. — II. Corrélations électro-cliniques chez 25 sujets, enregistrées pendant leur syncope, par H. Gastaut, E. M. Fischer-Williams, Birmingham et Lugarési. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 542.

Vingt syncopes ont été provoquées par une compression oculaire de 15 secondes. L'apparition des différents symptômes cliniques et électrographiques dépend de la durée de l'arrêt cardiaque. Jusqu'à six secondes, pas d'expression électro-encéphalographique, ni clinique. A partir de six secondes,

apparaissent des ondes lentes généralisées. Si la pause dure plus de treize secondes, il apparaît une ou deux clonies généralisées. Ces phénomènes sont accompagnés d'un aplatissement soudain des tracés. Immédiatement après, apparaît une bouffée d'ondes lentes. Dix à trente secondes plus tard, réapparition du rythme alpha. Ces observations mettent en évidence le rôle essentiel joué par le facteur cardiaque au cours des syncopes dont on peut distinguer une forme vaso-dépressive, une forme cardio-inhibitrice et des formes mixtes.

L. Marchand.

Études électro-encéphalographiques des syncopes. — III. Formes cliniques des syncopes vaso-vagales ; différenciation d'avec l'épilepsie, par H. Gastaut et Yvette Gastaut. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 547).

Parmi les syncopes essentielles, les auteurs les classent en syncopes du jeune enfant et syncopes du grand enfant. Le diagnostic avec l'épilepsie est facilité par la recherche du réflexe oculo-cardiaque pendant l'enregistrement de l'électro-encéphalogramme et de l'électro-cardiogramme. Cette méthode permet de rapporter à des syncopes vaso-vagales des crises qui sont considérées comme des spasmes du sanglot ou des convulsions hyperpyrétiques.

L. Marchand.

Les modifications apportées par l'électro-encéphalographie au cours des encéphaloses, par P. Passouant, J. Cadilhac, M. Walter et E. Moretti. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 573).

Le travail porte sur 15 malades présentant une atrophie cérébrale du présénium rapportée à une maladie de Pick ou d'Alzheimer ; on notait chez cinq sujets des manifestations épileptiques surtout myocloniques.

Les perturbations de l'activité électrique de fond correspondent soit à une désorganisation globale des rythmes corticaux, soit à des signes de souffrance localisée, soit à des rythmes delta frontaux.

Sur les tracés standard, on note dans la moitié des cas des signes irritatifs qui correspondent à une épilepsie localisée avec ondes à front raide dans une région temporo-frontale, à des décharges bilatérales synchrones de pointes-ondes. La sensibilisation cardiazolique fait apparaître des décharges myocloniques de polypointes. A noter l'effondrement de la réactivité corticale aux stimuli d'éveil tant à l'état de veille qu'au cours du sommeil.

L. Marchand.

Étude électro-encéphalographique de plusieurs substances activantes au point de vue de leur valeur diagnostique, par J. Verdeaux, G. Drossopoulo et P. Chanoit. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, vol. 95, n° 6, décembre 1956, p. 567).

L'activation par le chloralose a montré des effets dans deux directions différentes : pointes concernant des épileptiques, hyper-synchronisme lent chez des malades sans manifestations comitiales.

La mégimide a donné des résultats tout à fait comparables à ceux du car-

diazol. L'activation n'a été poussée que jusqu'à l'état critique, localisé, psychomoteur ou généralisé. Chez les épileptiques, on obtient des crises généralisées ou des crises localisées de topographie très variée. Ces crises à manifestations électriques peuvent survenir avant un crise convulsive généralisée, après une crise, ou sans généralisation. Si elles précèdent la crise, on observe des manifestations cliniques avant même que le tracé s'altère. Si elles surviennent après la crise convulsive, le seul tracé ne permet pas de préciser le diagnostic différentiel entre cette crise et la confusion post-critique. Si la crise localisée survient sans crise généralisée, on est dans les conditions idéales de l'activation chez les psychomoteurs. Dans les cas douteux, l'activation n'a une valeur diagnostique que si les crises cliniques et électriques sont localisées. Chez les non épileptiques, on a souvent des réponses bilatérales synchrones à part les cas où l'activation détermine une crise clinique localisée.

L. MARCHAND.

La multiplication des réponses à la stimulation lumineuse intermittente chez les malades hallucinés ou atteints d'un syndrome dit « d'automatisme mental », par C. LEROY. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 569).

On observe dans une proportion considérable des cas de délires chroniques des réponses doubles à la stimulation lumineuse intermittente sur les dérivations occipitales antérieures et pariéto-occipitales, alors que les réponses occipitales postérieures demeurent à la fréquence de stimulation. Elles sont labiles et de rythmes variés. Elles ne sont pas pathognomoniques.

L. MARCHAND.

État de mal électrique et intégrité psychique. A propos d'une observation privilégiée, par L. ROUVÈS et C. ROUVÈS. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 551).

Chez un adulte de 45 ans, comitial, à crises très rares, au cours d'un enregistrement durant lequel le sujet est dans un état de lucidité parfaite, le tracé est caractérisé par une succession de polypointes, de pointes-ondes et de polypointes-ondes survoltées diffuses, fragmentées par un rythme alpha conservé.

L. MARCHAND.

Le comportement électrographique de l'épileptique sous pentothal. Le rôle de l'appareil réticulaire dans le contrôle des décharges épileptogènes chez l'homme, par J. SCHNEIDER et G. THOMAESKE Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 553).

Ce travail a pour but :

1° de décrire les perturbations que peuvent subir chez l'épileptique les divers stades électrographiques induits par le pentothal. Elles sont de deux sortes : perturbations non spécifiques ou perturbations spécifiquement épileptogènes Ces dernières peuvent survenir soit au stade d'induction hypnique, soit au stade hypnique profond ;

2° de mettre en évidence le contrôle que peut exercer l'appareil réticulaire sur les décharges spontanées de certains épileptiques. Ce contrôle peut se manifester soit au cours du stade électrographique rapide (stade d'activation réticulaire) par une inhibition des paroxysmes spontanés, soit au cours des stades pentothaliques profonds (inhibition relative de l'appareil réticulaire) par une véritable libération épileptogène ;

3° de suggérer une classification des crises épileptiques à exclusivité ou à prédominance nocturne suivant que les crises surviennent soit au cours de l'endormissement ou du réveil, soit au cours du sommeil profond.

La stimulation pentothalique semble rendre compte de la diversité des mécanismes susceptibles de jouer dans le développement, la diffusion ou l'inhibition de certains phénomènes épileptiques avec cette réserve que le sommeil pentothalique diffère en de nombreux points du sommeil naturel.

L. Marchand.

Signes cliniques et électro-encéphalographiques de l'épilepsie digestive, par M. Bonduelle et C. Sallou. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 540).

Sur sept cas observés, on a noté quatre fois des altérations généralisées sans signe de localisation du type de celles observées dans l'épilepsie essentielle, une fois des altérations du type petit mal avec des bouffées paroxystiques de polypointes-ondes à 3 c./s., deux fois des tracés asymétriques avec altérations unilatérales sans foyer véritable. La répartition des tracés est en rapport avec les notions concernant les représentations digestives du cortex et le rôle de l'hypothalamus dans le contrôle des activités digestives. L'épilepsie digestive ne peut être assimilée à une épilepsie focale. La mise en regard des tracés, d'une part, de la symptomatologie digestive, d'autre part, ne permet aucune conclusion.

L. Marchand.

L'étude électro-clinique des crises provoquées, moyen de connaissance et diagnostic de l'épilepsie, par H. Gastaut, M. Vigouroux et C. Alvin Costa. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique*, v. 95, n° 6, décembre 1956, p. 549).

Comme méthode d'activation clinique, les auteurs emploient l'injection intraveineuse de cardiazol à la dose de 5 cm³ à 50 cm³ à 5 % pour obtenir la crise. La méthode est anodine et aucun incident n'est survenu sur plus de 2.000 crises provoquées. Les décharges partielles à expression localisée sont de beaucoup les plus fréquentes ; elles revêtent l'aspect d'un rythme de pointes. Les corrélations anatomo-électriques sont déconcertantes. Les décharges partielles à expression diffuse sont plus rares ; elles surviennent en général chez les sujets présentant un « foyer » temporal antérieur. A noter la grande fréquence des crises propagées à distance des lésions paratemporales responsables de l'épilepsie psychomotrice. Il existe donc de nombreuses exceptions à la règle qui admet la concordance entre le siège de la lésion et celui de la décharge, exceptions qui enlèvent toute valeur localisatrice absolue du fameux « signal symptôme ».

L. Marchand.

PSYCHOLOGIE

Application du psychodiagnostic de Rorschach à quelques traumatisés craniens du travail, par L. Ferra. (*Note et Rivista de psychiatria*).

Pour essayer de classer les réactions psychopathiques des traumatisés craniens ou organiques, hystériques et neurasthéniques, l'auteur en a soumis un certain nombre au psycho-diagnostic de Rorschach, d'ailleurs parfois confronté avec l'électro-encéphalogramme.

Une manière spéciale de commencer l'épreuve (état d'alarme avec tension émotive), suivie d'une manifestation de vif intérêt pour toutes les planches, caractériserait les névrotiques. Les organiques, au contraire, montreraient un grand détachement et une indifférence extrême.

Il ne ressort pas de l'article que ces expériences, qui se poursuivront encore, aient pu permettre jusqu'ici une systématisation.

L. Fromenty.

L'état actuel des tests projectifs et le problème de leur validation (Estado actual de los tests proyectivos y el problema de su validacion), par Jesusa Pertejo (de Madrid). (*Revista de Psicologia General y Applicada*, Madrid, vol. 11, n° 40, octobre-décembre 1956, p. 663-675).

La situation actuelle des tests projectifs est encore discutée. Il faut savoir les limites de leur application et ne pas vouloir leur demander de répondre à des questions hors de leurs possibilités. L'auteur rappelle quelques erreurs parfois rencontrées, puis, s'attachant plus spécialement au test de Rorschach, envisage les diverses méthodes d'interprétation des réponses. Particulièrement riche de promesses et susceptible d'applications étendues, apparaît le procédé de Baer, à base psychanalytique. Divers conseils sont donnés pour l'emploi du psychodiagnostic de Rorschach, ainsi que pour les conditions de formation de psychologues avant l'utilisation de ce test. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Personnalité et commandement des hommes (Personalidad y mando de hombres), par José Luis Pinillos (de Madrid). (*Revista de Psicologia General y Aplicada*, Madrid, vol. 11, n° 40, octobre-décembre 1956, p. 677-690).

La question des traits de personnalité des individus aptes au commandement est assez complexe. Par personnalité, il faut entendre un système de caractéristiques affectives, conatives et intellectuelles, relativement stable chez chaque sujet. Il faut chercher à préciser la personnalité du « leader ». Il est d'abord nécessaire de savoir combien sont variables les situations dans lesquelles s'exerce le commandement, répondant donc à des qualités diverses. Cependant, il semble possible de retrouver certains traits communs. On peut reconnaître à la personnalité du leader des caractéristiques biologiques, une intelligence suffisante, des connaissances d'un certain niveau, de la stabilité émotionnelle, de l'extraversion, une grande vitalité, de l'habileté au maniement d'autrui. Quelques psychologues ont tenté une

analyse factorielle qui apparaît riche d'applications pratiques et permet de décrire un facteur général (initiative, énergie, responsabilité, sécurité, capacité de communication) et des facteurs plus spécifiques. Les connaissances acquises permettent un emploi dans la sélection pour les postes de responsabilité, par exemple dans l'industrie. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Fondements d'un programme de psychopathologie (Fundamentos de um programa de psicopatologia), par Jurandyr MANFREDINI. (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 5, n° 4, 1956, p. 316-326).

Un programme d'enseignement de la psychopathologie doit adopter successivement les diverses orientations fondamentales de la psychologie médicale : naturaliste, biologique, psycho-biogénétique, uniciste-personnaliste, neurophysiologique, psychopathologique, biodynamique, psychodynamique ou motivationnelle, psychosomatique. Il est nécessaire d'adopter une position prudente et objective à l'égard de la psychanalyse. Enfin, l'enseignement doit répondre aux obligations d'une information complète et sereine sur toutes les tendances de la psychologie contemporaine.

V.-J. DURAND.

PSYCHANALYSE

L'anthropologie en face de la psychanalyse (A antropologia em face da psicanálise), par Egon SCHADEN (de São-Paulo). (*Revista Brasileiro de Saúde Mental*, vol. 2, n° 2, 1956, p. 59-67).

« L'anthropologie culturelle des trois dernières décennies est marquée d'une manière incontestable par l'influence que sur elle exerça et continue d'exercer le développement des théories psychanalytiques. » Cependant, les contributions directes de la théorie de Freud ont été relativement pauvres pour la connaissance anthropologique. Elles ont toutefois été très utiles pour préciser certaines perspectives. L'anthropologie doit, par elle-même, réélaborer les éléments qui lui sont rapportés pour la réalisation satisfaisante de sa tâche particulière. L'auteur rappelle les réactions diverses des anthropologues devant les conceptions psychanalytiques, avec hostilité au début, acceptation ultérieure, suivie elle-même d'une attitude plus objective. Certaines affirmations trop absolues ont pu être corrigées par les recherches faites sur diverses populations tribales, par exemple, pour les opinions exprimées dans l'ouvrage « Totem et Tabou », ou dans « L'avenir d'une illusion ». Des progrès demeurent possibles.

V.-J. DURAND.

Éléments pour l'évaluation du cours du traitement psychanalitique (Elementos para a avaliação do decurso do tratamento psicanálitico), par Fabio LEITE LOBO. (*Revista Brasileira de Saúde Mental*, vol. 2, n° 2, 1956, p. 25-36).

Certains signes observés pendant le traitement psychanalytique peuvent avoir une valeur pronostique sur l'évolution de la cure. Les éléments

peuvent être fournis : 1) par les commémoratifs (sociaux, familiaux, individuels) ; 2) par le corps et son fonctionnement (biotype, état général, turgescence de tissus, tonus musculaire, fonctions des émonctoires, posture, manifestations de la sensibilité, cénesthésie, actes moteurs ratés, symptomatologie générale) ; 3) par le psychisme et son fonctionnement (disposition affective, rêves, rêveries, mécanismes psychiques, actes manqués, processus associatif, verbalisation, symptomatologie générale) ; 4) par le comportement : *a*) dans la situation analytique (transfert, régularité de venue aux séances, manière d'effectuer le paiement, attitude de politesse à l'égard de l'analyste, silence pendant la séance, attitudes motrices et verbales) ; *b*) hors des séances (acting-out, relations objectales, rendement professionnel, attitude en face des frustrations, capacité de contenir l'agressivité, capacité affective, pouvoir de profiter pleinement de la vie) ; 5) par le contre-transfert. Si chacun de ces éléments peut se montrer utile à considérer, c'est surtout le groupement de plusieurs signes qui possède une valeur pronostique.

V.-J. Durand.

Peut-on introduire la psychanalyse dans la clinique psychiatrique ? (Kann man die Psychoanalyse in die psychiatrische Klinik einführen), par Ulrich Ehebald (de Hambourg-Ochsenzoll). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 26-34).

Classiquement, la psychanalyse n'est pas appliquée dans les cliniques psychiatriques. Cependant, des essais ont été faits. C'est ainsi qu'une section spéciale pour traitement psychanalytique a été créée à la clinique Ochsenzoll, près de Hambourg. Elle comprend vingt lits confiés à trois médecins à temps plein. Les malades sont admis après examen à la policlinique. Le séjour habituel ne dépasse pas huit semaines. Ensuite, la cure psychanalytique est continuée de façon ambulatoire. Pendant le séjour à la section, cinq séances hebdomadaires d'analyse sont prévues. L'auteur donne de nombreux conseils pour la conduite du traitement, l'organisation de la vie du malade, le choix des indications. En un an et demi de fonctionnement de la policlinique, 263 malades furent examinés. 171 passèrent par la section. La méthode semble susceptible de développement.

V.-J. Durand.

ENDOCRINOLOGIE

Nanismes, infantilismes et retards pubertaires d'origine neuro-hypophysaire, par Albeaux-Fernet, J. Chabot, P. Deshayes, M. Gelinet et J.-D. Romani. (*La semaine des hôpitaux*, du 30-11-1956, n° 70).

S'appuyant sur 17 observations, les auteurs opposent les nano-infantilismes se constituant dès la première enfance ou à la suite d'une agression cérébrale, aux retards pubertaires simples, le plus souvent génétique, ne se manifestant que peu avant l'âge de la puberté.

Contrairement à l'opinion généralement admise, l'origine primitivement hypophysaire de ces faits est très improbable. Seule une atteinte sus-jacente, diencéphalique, peut rendre compte de cette « paralysie de fonction » que

sont, en dernière analyse, les nano-infantilismes et les retards pubertaires.

L'étude de la croissance des nano-infantilismes montre l'existence d'une « croissance de base » tissulaire, qui s'accomplit même en l'absence des sécrétions somatotrophiques et gonadiques. Le sujet infantile continue à grandir, mais très lentement.

Le traitement par les hormones sexuelles tend à réaliser plus rapidement la plus grande partie de ce « potentiel de croissance » ; il ne semble pas que des doses adéquates puissent provoquer une soudure prématurée des cartilages fertiles. Néanmoins, les résultats thérapeutiques sont médiocres et le resteront tant que nous ne disposerons pas d'une hormone de croissance active chez l'homme.

Par contre, le pronostic des retards pubertaires est excellent. Le traitement androgénique paraît favoriser l'accomplissement de la puberté et une importante poussée de croissance qui rétablit chez ces sujets une taille normale.

Paul Abély.

Mécanisme d'action de la folliculine sur la sécrétion thyroïdienne de la lapine, étudié au moyen de radioïde, par Ch. Beckers et M. de Visscher. (*Annales d'endocrinologie,* janvier-février 1957, t. 18, n° 1).

Les expériences décrites dans cet article montrent que, chez la lapine ovariectomisée, l'administration simultanée de thyréostimuline et de folliculine donne une stimulation thyroïdienne beaucoup plus réduite que les mêmes doses de thyréostimuline seule. Dans bien des cas, l'adjonction de benzoate d'œstradiol à la thyréostimuline ramène la fonction thyroïdienne à ce qu'elle était avec l'ovariectomie. Ces résultats, exposés par les auteurs à la suite de leur expérimentation, permettent d'affirmer que les œstrogènes exercent une action inhibitrice directe sur la glande thyroïde. Il semble que leur action consiste essentiellement à diminuer la sensibilité des vésicules thyroïdiennes vis-à-vis de l'hormone thyréotrope.

L'examen systématique des données de la littérature permet de penser, qu'outre cette action inhibitrice directe, les œstrogènes provoquent une diminution de l'activité thyréotrope de l'hypophyse.

Paul Abély.

Le rôle des facteurs génétiques du myxœdème congénital athyréotique, par M. Bernheim, J. Chambron, R. Uzan et M. Berger. (*Annales d'endocrinologie,* janvier-février, t. 18, n° 1).

Les auteurs ont étudié les familles de 50 enfants atteints de myxœdème congénital athyréotique (atrophie partielle ou totale de la glande thyroïde chez le nouveau-né) dans le but de mettre en évidence un facteur génétique à l'origine de cette affection. Il existe chez les frères des enfants myxœdémateux une mortalité anormalement élevée au cours des premiers mois de la vie. Les enfants myxœdémateux ont un poids de naissance moyen plus élevé que celui des enfants normaux.

La proportion des antécédents thyroïdiens (goitre simple et goitre exophtalmique) dans les familles d'enfants myxœdémateux est significativement plus élevée que dans les familles d'un groupe-témoin. Les pères et mères cliniquement normaux des enfants myxœdémateux présentent des anomalies de

fonction thyroïdienne, en particulier une fixation thyroïdienne de l'iode radioactif élevée.

On observe des anomalies du même ordre chez les frères et sœurs des enfants myxœdémateux. Ces résultats cliniques et biochimiques amènent les auteurs à conclure à l'intervention d'un facteur génétique (au moins d'origine paternelle) dans le développement du myxœdème congénital.

En confrontant ces résultats et ceux de Bartels, on peut penser avec lui à l'unité génétique des maladies thyroïdiennes. Les auteurs discutent des modes possibles de transmission des maladies thyroïdiennes.

Paul Abély.

Mesure de l'activité antidiurétique du sérum dans certaines obésités, par H.-P. Klotz, Mme M. Saint-Saens et J. Bonnefoy. (*Annales d'endocrinologie*, janvier-février 1957, t. 18, n° 1).

Les auteurs montrent, dans les obésités neuro-psychogènes et neuro-endocrinogènes, l'existence d'une forte activité antidiurétique du sérum, qu'ils mettent sur le compte d'un dérèglement hypothalamique. Le rôle de ce dérèglement dans le mécanisme de l'obésité est mentionné.

Paul Abély.

Renseignements fournis par l'électro-myogramme dans la tétanie chronique ou spasmophilie, par H. P. Klotz et M. Bouvry (*Annales d'endocrinologie*, janvier-février 1957, t. 18, n° 1).

L'enregistrement de l'électromyogramme représente une méthode d'examen très précieuse dans la spasmophilie. Elle peut étayer le diagnostic en montrant une activité répétitive du neurone périphérique, qui a une grande valeur quand elle est codifiée selon les données des électrologistes.

Cette activité répétitive ne se retrouve pas seulement dans les formes typiques de tétanie avec contracture en « main d'accoucheur », mais aussi dans les nombreuses formes anormales ou même complètement latentes, dont cette recherche authentifie l'existence. L'activité répétitive peut manquer dans les tétanies chroniques les plus classiques et les plus indiscutées sans que cette absence permette d'écarter le diagnostic.

Paul Abély.

Action de la chlorpromazine sur le couple hypophyso-ovarien de la rate gestante, par Y. Chambon. (*Annales d'endocrinologie*, janvier-février, t. 18, n° 1).

L'association de principes « progestatifs », progestérone ou lutéotrophine, à un traitement par la chlorpromazine qui s'est révélé antérieurement nocif pour la gestation et ses suites chez la rate, est capable de supprimer très généralement les méfaits de celui-ci. L'action abortive de la chlorpromazine s'exerce ainsi essentiellement par une inhibition de la production antéhypophysaire de lutéotrophine ayant pour conséquence une insuffisance de la production ovarienne de progestérone ; la sécrétion des autres gonadotrophines par l'hypophyse et, par conséquent, celle d'œstrogènes par l'ovaire ne sont pas influencées de façon apparente. Cette inhibition est, d'autre part,

foncièrement passagère, et les troubles observés au moment du départ ou après lui, tel le décès des petits, ne sont certainement pas dus à sa persistance, mais probablement, en partie au moins, à une atteinte embryonnaire occasionnée par le déficit progestéronique momentané. Outre un intérêt spéculatif par la dissociation qu'elle tend à réaliser entre les différentes gonadostimulines, il n'est pas impossible de penser que l' « hypophysectomie » fonctionnelle plus ou moins élective et transitoire entraînée par la chlorpromazine chez le rat offre des applications pratiques, notamment pour le dosage de la prolactine.

Cette publication montre une fois de plus combien il faut administrer avec prudence et précautions la chlorpromazine dans les psychoses gravidiques et du *post-partum*.

Paul Abély.

Variations spontanées de la gonadotrophine chez la femme ménopausée non traitée, par C. D. Veziris. (*Annales d'endocrinologie*, janvier-février, t. 18, n° 1).

L'étude de 50 femmes ménopausées n'ayant reçu aucun traitement hormonal depuis au moins un mois et demi et chez qui sont effectués un ou plusieurs dosages de la F.S.H. urinaire a montré que :

1° chez la même femme, on observe des variations spontanées de la F.S.H. urinaire d'une semaine à l'autre, qui peuvent, dans certains cas, aller du taux minimum (égal à celui qu'on trouve chez une femme réglée) au taux maximum qu'on peut observer chez des femmes ménopausées ;

2° ces variations pouvant s'expliquer par un fonctionnement ovarien au début de la ménopause, persistent cependant au cours de la ménopause avancée ou très avancée, alors que le facteur ovarien est négligeable ;

3° dans le cadre de cette étude, il n'existe pas de parallélisme significatif entre les variations de la F.H.S. urinaire et les variations des troubles subjectifs de la ménopause, ni entre le taux de la F.H.S. urinaire et l'intensité des troubles (un taux peu élevé de F.S.H. peut coexister avec des troubles de forte intensité et réciproquement).

Paul Abély.

La gonadotrophinurie chez la femme ménopausée en cours de traitement par des hormones génitales, par C. D. Véziris. (*Annales d'endocrinologie* janvier-février 1957, t. 18, n° 1).

Complétant le précédent article C.-D. Véziris, en traitant cette fois la femme ménopausée par des hormones génitales, remarque : 1° que la F.S.H. urinaires ne revient à des taux comparables à ceux qu'on trouve chez une femme réglée que pour une minorité de femmes ; 2° que la F.S.H. urinaire présente des variations parfois importantes, d'un examen à l'autre ; 3° qu'il n'existe aucun parallélisme significatif entre la F.S.H. urinaire et les troubles subjectifs de la ménopause, les troubles ayant sensiblement diminué ou disparu dans la majorité des cas.

Paul Abély.

Recherche familiale sur la question des relations entre troubles des fonctions thyroïdiennes, goître et psychoses (Familienuntersuchung zur Frage des Zusammenhanges von Schilddrüsenfunktionsstörung, Struma und Psychose), par Hans Kind (de Zürich). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 78, fasc. 1-2, 1956, p. 138-158).

L'auteur a recherché les rapports entre les troubles des fonctions thyroïdiennes, le goitre et les psychoses endogènes. Il a examiné 17 malades (16 femmes, un homme) et leur proche parenté. Il s'agissait, dans quatorze cas d'hyperthyroïdisme, dans trois de myxœdème avec, en plus, chez cinq malades, une psychose affective, chez douze, une schizophrénie. Dans seize cas, la psychose apparut après l'endocrinopathie, suivant ensuite, en général, une évolution parallèle. Les caractères cliniques de la schizophrénie associée semblent un peu différents de ceux des schizophrénies habituelles. Dans les familles des malades, on peut observer une corrélation positive entre goitre et altérations psychiques avec hyperesthésie affective. Il semble possible d'admettre, dans ces familles, une influence des troubles thyroïdiens sur l'évolution phasique de la schizophrénie. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Relations entre phénomènes endocriniens et psychopathologiques dans l'hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre (Beziehungen zwischen endokrinem und psychopathologischen Geschehen bei du glandulär-zystischen Hyperplasie des Endometriums), par G. Benedetti (de Zürich). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 78, fasc. 1-2, 1956, p. 1-30).

L'hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre permet d'étudier l'action de la folliculine et de l'hormone lutéinique sur le psychisme. Une recherche faite dans cinquante cas montre que l'association d'hyperfolliculinie et d'augmentation de la libido n'a été observée que dans 10 % des cas ; chez 27 malades, au contraire, la libido est diminuée. Il ne semble pas possible d'établir de corrélation entre instinct maternel et formation du corps jaune et de l'hormone lutéotrope. On peut retrouver des troubles des différents instincts en rapport avec l'hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre. Parfois, on constate un rapport entre le début des métrorragies et la survenue d'un conflit vital. Un fait important est que, dans l'ensemble, au moment de la ménopause, les malades sont moins atteints psychiquement par la lésion de l'endomètre, que des malades plus jeunes. Des exemples sont rapportés. Bibliographie.

V.-J. Durand.

CRIMINOLOGIE

Le cinéma et la délinquance juvénile, par Gabrielle Raymond-Décharneux (*Revue de droit pénal et de criminologie*, n° 8, mai 1957, p. 747).

Dans une étude abondamment documentée et assortie de nombreux tableaux qui donnent en chiffres les résultats obtenus à la suite de mul-

tiples investigations, l'auteur examine ce problème capital pour ceux que préoccupent l'éducation et la formation morale des enfants.

Il y a longtemps déjà que se sont élevées des controverses sur le rôle et l'influence prépondérante du cinéma dans la criminogénèse. Des courants d'opinion se sont formés, qui s'opposent. Tandis qu'en France, en Belgique, en Suisse, aux Pays-Bas, en Italie, on dénonce les effets pernicieux des films sur le psychisme des jeunes, en Angleterre et aux Etats-Unis on tendrait à leur dénier toute action sur l'élaboration de la pensée criminelle. Où est la vérité ?

Si l'on excepte les films qui ont un caractère nettement immoral, on ne peut pas dire que les sujets qu'ils représentent sont de nature à troubler particulièrement les consciences. On y chercherait vainement un thème, car le cinéma ne donne et ne peut que donner des successions d'images. Ce sont des histoires d'amour ou des aventures guerrières ou policières qui ne dépassent pas le niveau de la littérature à l'usage de la domesticité ou des jeunes sportifs.

Mais, ce que l'on pourrait lui reprocher, c'est d'amplifier ces images, de les exagérer, de les concentrer sur une vedette pour laquelle le film a été créé. Alors que le théâtre, même avec une mise en scène rudimentaire, oblige à penser, le cinéma crée des impressions intenses et provoque durant la projection et immédiatement après des réactions affectives. On le voit surtout chez les enfants, qui poussent des exclamations de joie, de compassion ou d'effroi, et en qui il demeurera un penchant très marqué à reproduire dans leurs jeux les scènes, les luttes et les exploits qu'ils ont vus sur l'écran. Héros ou bandits, peu importe, c'est leur dynamisme qui leur plaît. Dans l'âme des adolescents, il se produit surtout un mécanisme d'identification. Ils se reconnaissent dans un film, assimilent leur situation à l'histoire qui se déroule devant eux et, plus encore, leur état d'esprit à celui du personnage avec lequel ils sympathisent. Ils raisonnent comme lui, adoptent ses idées et sa morale et se sentent portés à l'imiter dans ses gestes, dans ses attitudes, dans ses mots mêmes. Que d'inculpés j'ai vus à mon cabinet, qui prenaient des poses de studios et s'exprimaient en des clichés de scénarios. Ces effets varient évidemment avec l'âge, le sexe, la moralité et le caractère des individus.

Peut-on dire que le cinéma engendre le vice et pousse au crime ? Ce serait une affirmation excessive. Il est incontestable cependant qu'il tend à créer une conception particulière de la vie, qui n'est pas toujours conforme à la réalité ni à la saine morale. S'il ne présentait que des scènes ordinaires de l'existence humaine, où la vertu est récompensée, où le malfaiteur reçoit sa punition, ce serait trop banal, et les salles demeureraient vides. Un scénario doit offrir des situations compliquées, comme des romans policiers, et se terminer de la plus heureuse façon, même si elle n'est pas absolument conforme aux lois civiles, ni même aux lois physiques. C'est un peu comme les vaudevilles où des complications ont le dénouement le plus joyeux. Mais au théâtre, les décors en carton peint rappellent trop que l'on est en pleine fiction. C'est une véritable tranche de vie, au contraire, que donne l'écran, avec tout le perfectionnement auquel atteint l'art des cinéastes. Une rue, une maison, une chambre, y paraissent si réels que l'on s'y adapte immédiatement ; les personnages ressemblent à des gens qu'on a déjà vus, il se crée une sympathie même avec ceux qui incarnent le vice, et c'est avec indulgence qu'on sourira au succès de l'escroc ou du gangster.

Comme le fait remarquer très justement Mme Raymond-Decharneux, « le « cinéma n'échappe pas au sort commun ; ses effets comme ceux des autres « faits sociaux ou individuels dépendent essentiellement des psychismes « qui les reçoivent. La vie luxueuse et facile de la vedette, due à son immo- « ralité, sa réussite brillante, ne sont pour des filles travailleuses et éle- « vées dans des familles honnêtes que des fantaisies qui leur restent étran- « gères et souvent les choquent. Mais elle est un modèle acceptable et envia- « ble pour les mineures, à qui l'inconduite est familière ». Et elle conclut avec Shuttelwork et May, que « les mêmes films sont susceptibles d'in- « fluencer des individus différents dans des directions opposées ».

J. Marquiset.

Quelques aspects de l'hygiène mentale et de la criminalité (Alguns aspectos da higiene mental e criminalidade), par Thomaz de Aquino Collet et Silva Filho (de São-Paulo). (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 5, n° 4, 1956, p. 353-374).

Après quelques considérations générales sur les possibilités de l'hygiène mentale en relation avec les problèmes de la criminalité, possibilités liées en grande partie aux progrès de la criminologie, l'auteur envisage quelques aspects de la criminogénèse. Il rappelle, à ce sujet, les classifications de F. Alexander (criminalité chronique, criminalité accidentelle), de K. Friedlander (criminalité des délinquants à formation caractérologique antisociale, criminalité par perturbations organiques ou toxi-infectieuses de la personnalité, criminalité due à des troubles graves du moi), puis expose quelques observations qui mettent en valeur les facteurs étiologiques. Ensuite, sont envisagés les moyens d'application de l'hygiène mentale, en particulier dans les établissements pénitentiaires. Les buts sont de donner à la peine une finalité protectrice, de prévoir un organisme technique spécialisé de thérapeutique médico-pénale, d'effectuer le triage des sujets avec établissement de groupes homogènes, adaptés aux traitements.

V.-J. Durand.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Contribution à l'étude des corrélations électro-encéphalographiques dans les troubles du caractère et du comportement chez l'enfant, par G. Heuyer, I. Nekhorochef et G. Lelord. (*La semaine des hôpitaux*, du 20 janvier 1957, n° 6).

Dans une étude portant sur 600 cas de troubles du comportement « primitifs » de l'enfant, les auteurs constatent l'existence d'un pourcentage notable (30 %) de tracés anormaux, en prenant pour critères d'anormalité ceux adoptés par Henry Lundsley, Grey Walter. Ces tracés se répartissent de la manière suivante : 8 % d'anomalies paroxystiques ; 16 % d'anomalies marquées par un excès d'activité lente ; pour les anomalies lentes, des circonstances très variées : 5 % d'anomalies de l'un ou l'autre type extériorisées exclusivement par des procédés d'activation et tout spécialement de stimulation lumineuse intermittente ; 1 % d'anomalies diverses.

Les auteurs ne sont pas parvenus à relier certains traits cliniques (caractère paroxystique des troubles, comportement antisocial, importance de l'anxiété...) et certaines catégories électro-encéphalographiques. Ils rappellent brièvement les circonstances physiologiques et pathologiques où les anomalies électro-encéphalographiques sont habituellement observées ; pour les anomalies paroxystiques, essentiellement l'épilepsie ; pour les anomalies lentes, des circonstances très variées : émotion, faim, sommeil, mais surtout stades initiaux du processus de maturation physiologique.

Au terme de cette étude, les auteurs mettent l'accent sur l'intérêt des troubles du comportement avec anomalies paroxystiques à l'électro-encéphalogramme, troubles qu'il est difficile de faire rentrer de force dans le cadre de l'épilepsie, mais dont la thérapeutique peut tout de même être orientée par l'électro-encéphalogramme ; mettent en garde contre une interprétation trop « pathologique » des anomalies lentes dont il faut souligner le peu de spécificité chez l'enfant.

Du point de vue médico-légal, ils ne constatent pas de différence sensible entre les tracés « hospitaliers » ordinaires et les tracés d'expertise médico-légale.

Du point de vue thérapeutique, ils insistent sur le caractère très empirique des observations électro-encéphalographiques et pensent que l'évolution clinique reste le critère essentiel.

Paul Abély.

Le comportement psychique des nourrissons placés en pouponnière par Paul Bertoye. (*La semaine des hôpitaux*, du 22 juin 1957, n° 60).

Il ne semble pas se confirmer que le séjour des nourrissons en pouponnière soit pour eux une cause de retard dans leur développement psychomoteur, lorsque les précautions nécessaires sont prises.

Les résultats observés dans une pouponnière pour nourrissons débiles, recevant 153 nourrissons de la naissance à 3 ans, le prouvent, grâce à l'observation faite sur 1.219 nourrissons de 1952 à 1956. Sans doute, pendant le premier mois, on peut voir survenir des difficultés d'adaptation à une vie nouvelle. Ils sont passagers. Cinq fois seulement les enfants n'ont pas pu être conservés.

Pendant le séjour, les troubles intellectuels, affectifs, caractériels et moteurs, antérieurs à l'entrée, ont toujours été améliorés, parfois effacés, même lorsqu'ils paraissaient très graves, donnant le tableau de la pseudo-arriération mentale. Ne persistent que ceux liés à des encéphalopathies avec lésions nerveuses ou arriérations.

Pour prévenir, ou améliorer les troubles du comportement pendant le séjour en pouponnière, il faut porter son attention sur le choix des personnes qui sont auprès de l'enfant, les « mères effectives », c'est-à-dire, les puéricultrices. Elles seront suffisamment nombreuses pour pouvoir consacrer à chaque enfant un temps suffisant. Dans la mesure du possible, pendant tout son séjour, on laissera l'enfant aux soins d'une même personne. La technique des soins sera rigoureusement standardisée.

Il faudra aussi placer l'enfant dans un cadre de vie normale et créer pour lui des centres d'intérêt. On le laissera en compagnie de mêmes enfants. On le fera vivre le plus possible dans le jardin, en pleine nature, on lui proposera les jeux adaptés à son âge mental. On développera son activité et on

luttera par le jeu contre la crainte de l'effort et du risque qui le paralyse le plus souvent.

Paul Abély.

Valeur et limites de l'internat médico-pédagogique dans le traitement des troubles du caractère, par Ph. Parrot, Monique Gueneau et Anne-Marie Mabille. (*La semaine des hôpitaux*, n° 25 du 14 mars 1957).

Dans l'étude qu'ils ont faite sur « la valeur et les limites de l'internat dans la rééducation des troubles du caractère », les auteurs ont cherché à comprendre le bien-fondé d'une rééducation extra-familiale. Les données scientifiques modernes permettent en effet d'établir la génèse des troubles du comportement de la manière suivante : hormis les cas d'anomalies physiques ou neurogéniques, ces troubles paraissent consécutifs à une mauvaise évolution affective. Et cette évolution n'a pu être bonne par suite des carences du couple parental, qui est en même temps le couple éducateur. On est donc en présence d'une maladie psycho-sociale où s'affrontent deux blocs : celui des parents, celui de l'enfant. Il semble que le traitement doive, pour réussir, s'appliquer en même temps à chacun de ces deux blocs. Isoler un élément pour le traiter à part ne doit, semble-t-il, être qu'un pis-aller, au cas où le traitement simultané est impossible.

Les auteurs se sont également penchés sur la cellule familiale et ont souligné sa nécessité pour le développement normal de l'enfant. Une éducation en internat présente d'emblée des carences puisqu'elle prive l'enfant de son milieu naturel. Avant d'extraire un enfant à sa famille, il convient donc de réfléchir. Les déficiences de son milieu sont-elles si grandes qu'il faille leur préférer les déficiences de l'internat. Car, l'intérêt qu'un éducateur portera à l'enfant ne sera qu'un pâle reflet de l'amour que lui portent ses parents, même si cet amour est entaché. D'autre part, à quel éducateur sera-t-il confié ? S'il en est qui sont des types d'hommes réussis, il en est trop, malheureusement, qui ont choisi cette profession usante en elle-même, pour des motivations semi-névrotiques, leur attitude pédagogique risque de frôler le morbide par auto-défense. Enfin, en internat, l'enfant risque de devenir la proie d'un groupe pathologique, et de s'identifier aux membres du « gang ».

Mais si les auteurs soulignent ces limites de l'internat, ils lui reconnaissent une valeur réelle. L'internat solutionne des cas où l'enfant ne peut rester chez lui. Il peut permettre une socialisation, par l'intermédiaire du travail notamment. Il a une action thérapeutique individuelle et collective et permet à l'enfant de rencontrer un « rédempteur » en la personne de son éducateur ou de son moniteur.

Il semblait tout de même utile d'opérer une prise de conscience, celle des limites, la prise de conscience étant parfois un pas vers la solution.

Paul Abély.

Des désordres de la conduite chez les enfants épileptiques, par P. Grunberg et D. A. Pond. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 20, n° 1, février 1957, p. 65).

Contrairement à la croyance populaire, peu d'enfants épileptiques présentent des désordres importants de la conduite. Les auteurs ont eu comme

but de comparer les désordres de la conduite des enfants épileptiques et ceux des enfants non épileptiques. Leur travail porte sur les observations de 53 épileptiques avec désordres de la conduite, 53 enfants normaux, 53 enfants avec désordres de la conduite mais non épileptiques.

Les désordres de la conduite comprennent les manifestations agressives, les accès de colère fréquents, la destructivité, les rixes fréquentes, le vagabondage.

Chez tous ces enfants, on rechercha les facteurs organiques, génétiques et sociaux qui ont pu intervenir pour modifier leur comportement.

Au point de vue organique, on ne trouve aucune différence entre les enfants épileptiques avec troubles de la conduite et les enfants épileptiques n'en présentant pas. Les enfants épileptiques avec troubles de la conduite appartiennent à des familles tarées. Quant aux facteurs sociaux, les plus importants consistent en une mauvaise sollicitude maternelle, en des changements brusques du milieu que l'enfant a eu à supporter. Ces mêmes facteurs se retrouvent chez les enfants non épileptiques mais présentant des désordres de la conduite.

Les auteurs concluent que si chez ces enfants on peut admettre un certain rapport entre les troubles de la conduite et le mauvais milieu dans lequel ils ont été élevés, d'autres facteurs interviennent tels que le « cours de l'épilepsie » et l'influence même de l'épilepsie de l'enfant sur son entourage.

Seules les méthodes utilisées en psychiatrie infantile peuvent permettre une étude complète du développement émotionnel de l'enfant et établir ses rapports avec le milieu social. Cette investigation est aussi nécessaire et importante que les recherches concernant le diagnostic de la forme et de la cause des attaques épileptiques.

L. Marchand.

L'enfant névrotique (A criança neurótica), par Elza Barra. (*Jornal brasileiro de Psiquiatria*, vol. 5, n° 4, 1956, p. 327-340).

Pour comprendre les problèmes de l'enfant névrotique, il est nécessaire d'étudier tout d'abord la formation et le développement psychologique de l'enfant. C'est ce que fait l'auteur qui décrit la formation du moi et du sur-moi, l'estime de soi, le développement du sentiment de réalité (pour Ferenczi, pour Mélanie Klein, pour Sullivan), le développement de la libido et ses différentes phases, les relations avec autrui et les rapports objectaux. Ensuite, sont exposés les mécanismes d'apparition des phénomènes névrotiques, soit par causes personnelles, soit par facteurs familiaux, soit par action de l'école. Une grande importance doit être reconnue au rôle du milieu familial, qui peut agir de différentes façons et de manière plus ou moins durable. La symptomatologie le plus souvent rencontrée chez l'enfant névrotique est relative : au niveau de développement intellectuel, à la sphère affective, aux perturbations somatiques. Les modalités évolutives sont variables, dépendant surtout des mesures prises pour corriger les troubles et de l'attitude plus ou moins compréhensive des parents et des enseignants. A ce sujet, la question des névroses des professeurs et instituteurs mérite d'être bien étudiée.

V.-J. Durand.

La vitesse de sédimentation des hématies chez les enfants immaturés affectifs (La velocità di sedimentazione delle emazie nei fanciulli immaturi affettivi), par Franco DE FRANCO et Francesco SACCO (de Messine). (*Infanzia Anormale*, fasc. 21, mars-avril 1957, p. 232-237).

Les auteurs ont recherché la vitesse de sédimentation globulaire chez 40 enfants souffrant d'immaturité affective. Employant la méthode de Westergreen, ils ont noté une accélération dans 70,2 % des cas, observée surtout entre la première et la deuxième heures. En même temps, avait été faite une étude électrophorétique des protides sériques. Il fut possible de constater un rapport proportionnel et direct entre la vitesse de sédimentation et le taux des globulines. On sait d'ailleurs que l'accélération de la vitesse de sédimentation s'accompagne généralement d'une diminution du rapport albumines/globulines, par baisse du numérateur, augmentation du dénominateur ou coexistence des deux phénomènes. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Données cranioradiographiques chez les enfants immaturés affectifs (Reperti cranioradiografici nei fanciulli immaturi affettivi), par Franco DE FRANCO (de Messine). (*Infanzia Anormale*, fasc. 21, mars-avril 1957, p. 238-250).

Il a été possible d'observer parfois des signes radiologiques craniens chez des enfants présentant des symptômes d'immaturité affective. Sur une série de 35 enfants compris entre trois et quatorze ans (26 garçons, 9 filles) et qui souffraient d'un défaut de développement affectif, l'auteur a fait pratiquer une radiographie du crâne de face et une de profil. Dans 31 cas, les projections occipito-frontale et latérale montrèrent l'existence de diverses anomalies du crâne. Parmi les plus fréquentes, il faut citer les symptômes d'hypertension intracranienne et la fermeture précoce de la suture coronaire. Les données cranioradiographiques, relatives à ces 31 enfants, sont brièvement rappelées. Quatre figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La sclérose en plaques infantile (La sclerosi a placche infantile), par F. PAPARO, A. PASETTI et G. SABBADINI (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico*, 11e année, vol. 20, fasc. 1, février 1957, p. 96-113).

Après une revue de la littérature, sont rapportés cinq cas de sclérose en plaques ayant débuté avant 15 ans. Le diagnostic fut fait avec la neuromyélite optique, l'encéphalomyélite post-morbilleuse, l'encéphalopathie de Schilder, l'hémangiome du pont, les encéphalites parainfectieuse et épidémique, une tumeur infiltrante du tronc encéphalique. Il apparaît possible d'affirmer : la rareté de la maladie avant l'âge de 15 ans, l'apparition fréquente d'une névrite rétrobulbaire et son caractère de gravité, la tendance à la rémission plus ou moins complète des symptômes au niveau des voies de projection (pyramidales, cérébelleuses, sensitives), ainsi qu'au niveau des nerfs craniens (moteur oculaire externe, facial), enfin, l'existence particulièrement fréquente de signes de foyer du tronc encéphalique. A la lumière de ces observations est brièvement discuté le problème des limites

entre la sclérose en plaques infantile et la neuromyélite optique de Devic. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Amaurose, retard intellectuel et diplégie spastique, par Ritter, Francescchetti, Jaccottet, Jéquier et Dufour. (*Médecine et hygiène*, Genève, 15e année, n° 359, 20 avril 1957, p. 180-181).

Il s'agit d'une conférence clinico-pathologique de Lausanne avec exposé et discussion d'un cas de diplégie cérébrale spastique avec idiotie, cécité d'origine centrale et atrophie optique chez un enfant de 4 ans présentant une pyrgocéphalie (turricéphalie) accompagnée de synostose. L'enfant était venu au monde après un accouchement très difficile. Les éléments cliniques, les conditions du diagnostic différentiel sont décrits, puis sont exposées les constatations anatomo-pathologiques. On pouvait noter, en particulier, des lésions cicatricielles correspondant au territoire de drainage de la veine de Galien et à celui des veines corticales occipitales internes. Il s'agissait de séquelles de thrombo-phlébite ancienne. La cause en serait une lésion veineuse centrale survenue vraisemblablement au cours de l'accouchement dystocique.

V.-J. Durand.

Représentation de la mort chez l'enfant. Recherche verbale et graphique (Rappresentazione della morte nel bambino. Indagine verbale e grafica), par Guglielmo Pescetto (de Pise). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 165-180).

Une étude a été faite de la représentation verbale et graphique de la mort chez 96 enfants (garçons et filles) de six à onze ans. L'examen a été fait en posant aux enfants des questions particulières destinées à éveiller leur intérêt pour le thème exploré, le considérer, le définir et l'exprimer de façon graphique. Il apparaît que les enfants, pour la plus grande part, représentent la mort avec des symboles surtout à caractère religieux. On peut dire que la conception même de la mort est fixée de façon notable par l'enseignement reçu. Chez presque tous les enfants examinés, l'évocation de la mort n'a été accompagnée d'aucune réaction émotionnelle pénible. Neuf figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Aphasie transitoire et signes focaux persistants apparus au début du développement du langage, par Y. Chesni et A. Paunier (de Genève). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 186-190).

Après quelques considérations sur le développement du langage chez l'enfant et sur les conditions des troubles aphasiques infantiles, les auteurs rapportent une observation personnelle. Il s'agissait d'une fillette âgée d'un an, possédant déjà un vocabulaire de quelques mots bien intelligibles, droitière, et qui fut atteinte d'une encéphalite avec hémiplégie droite flasque et aphasie. Au cours des semaines suivantes, le langage a été progressive-

ment réappris, puis s'est développé ensuite normalement. L'hémiplégie a disparu, mais il persistait cependant de légers signes moteurs à droite, des crises bravais-jacksoniennes droites avec perte de connaissance, puis sans perte de connaissance. Plus tard, sont apparues des absences avec mâchonnement, mouvements de déglutition, phénomènes psychomoteurs. La fillette, âgée maintenant de 8 ans, se comporte comme une gauchère dans tous les actes de la vie courante et aux tests. Elle est intelligente et suit normalement l'école. Des électro-encéphalogrammes répétés montrent une activité électrique nettement pathologique, avec prédominance des anomalies au niveau de la région temporale gauche et signes de focalisation sous l'électrode temporale. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

THÉRAPEUTIQUE

Etude comparative des effets de la cure de sommeil médicamenteux et de la chlorpromazine injectable dans les psychoses, par Puech et Ch. Robin. (*La semaine des hôpitaux,* du 26 octobre 1956, n° 63).

Dans ce travail portant sur 80 malades femmes, présentant des syndromes psychotiques divers, les auteurs ont cherché à comparer des résultats obtenus par la chlorpromazine et par la cure de sommeil médicamenteux.

La chlorpromazine a été administrée pendant dix jours en injections intramusculaires, aux doses de 75 à 125 mgr. *pro die,* puis par voie buccale en doses lentement décroissantes de 200 à 100 mgr. *pro die.* Le sommeil n'a pas été recherché.

Les cures de sommeil ont été menées dans des salles où l'élimination de toutes excitations visuelles ou auditives a été ainsi entretenue par des associations neuroleptiques et barbituriques employées à des doses modérées. Les durées quotidiennes de sommeil ont été en moyenne de 14 à 15 heures.

Les effets ont été étudiés suivant : la nature du syndrome, l'ancienneté de l'évolution, l'âge des sujets, les facteurs étiologiques. La chlorpromazine et la cure de sommeil se sont montrées très efficaces au cours des bouffées délirantes polymorphes et dans les états délirants aigus. La chlorpromazine doit être réservée aux formes s'accompagnant d'agitation.

Dans les syndromes dépressifs, la chlorpromazine et la cure de sommeil se sont également montrées efficaces, mais la cure de sommeil semble plus active dans cette indication.

Les auteurs n'ont relevé que peu d'incidents : hypotension bien supportée au cours des cures de chlorpromazine, deux ictères bénins dans les cures de sommeil.

Paul Abély.

La crise du troisième jour dans les suites opératoires neuro-chirurgicales, par G. Lazorthes et L. Campan. (*La semaine des hôpitaux,* du 20 mai 1957, n° 48).

Les auteurs appellent « crise du troisième jour » un ensemble de signes qui expriment une aggravation de l'état de l'opéré. Cette aggravation est le

plus souvent légère, passagère, à peine soupçonnée, parfois de moyenne importance et typique, et dure deux à trois jours, d'autres fois grave, inquiétante, faisant craindre une complication et envisager une réintervention.

La crise du troisième jour est l'expression d'un trouble purement réactionnel, donc réversible, fait le plus souvent d'une bouffée d'œdème cérébral développé autour du foyer opératoire. Elle relève généralement d'un traitement médical.

Les auteurs envisagent successivement l'aspect clinique, la signification, le diagnostic et le traitement de la crise du troisième jour.

Paul Abély.

Le collapsus cérébral. Problème d'hydratation cellulaire, par J. Pecker. (*La semaine des hôpitaux,* du 20 mai 1957, n° 48).

Le collapsus cérébral revêt deux aspects principaux : dans certains cas, il n'est que l'écrasement mécanique du cerveau par un hématome et cède par simple suppression de cette compression ; dans d'autres cas, il se présente comme le phénomène primitif et peut même exister en dehors de toute compression. Si un hématome se constitue, il est la conséquence du collapsus et se reproduit tant que le collapsus n'a pas été traité. Ce collapsus primitif est un phénomène biologique de déshydratation portant le plus souvent sur les liquides interstitiels. Les recherches récentes concernant le métabolisme de l'eau permettent d'en étudier le mécanisme intime ; par contre, les signes cliniques ne sont pas spécifiques.

Le traitement qui comporte la réhydratation et le rétablissement de l'équilibre ionique s'appuie en outre sur l'action spécifique de certaines hormones dont l'A.C.T.H. et la post-hypophyse sont les plus importantes.

Paul Abély.

Accidents psychiques observés chez les enfants traités par la cortisone et l'A.C.T.H., par C. Koupernik, D. Lyard et P. Mozziconacci. (*Semaine des hôpitaux,* du 22 mai 1957, n° 49).

Les auteurs apportent l'étude de 57 enfants traités par l'A.C.T.H. et la cortisone. Ces hormones entraînent rarement à cet âge des troubles nerveux graves, mais leur influence sur le psychisme est en revanche d'une grande fréquence.

Les troubles de l'appétit et du sommeil sont les plus nombreux (33 cas de boulimie et 18 cas de troubles du sommeil). L'euphorie est beaucoup plus rare que chez l'adulte (2 cas). La dépression, au contraire, semble être la réaction prépondérante (17 cas). Viennent ensuite : l'anxiété et l'agitation (7 cas), les épisodes hypomaniaques (2), l'excitation maniaque (3) et un cas de troubles perceptuels. Ce n'est que dans deux cas qu'ont été observés des troubles graves ; l'un a donné lieu à un délire de persécution, l'autre à une démence avec détérioration intellectuelle grave, tous deux accompagnés d'altération de l'électro-encéphalogramme.

Chez 14 de leurs malades, l'électro-encéphalogramme est normal et 21 autres ont présenté des altérations au moins une fois au cours de l'évolution, plus ou moins intenses, assez polymorphes et peu caractéristiques,

à type d'ondes lentes postérieures surtout. Il est difficile d'établir une relation valable entre les altérations et l'apparition des troubles psychiques.

Les dosages biologiques semblent montrer que les variations les plus fréquemment observées sont l'alcalose et l'hypochlorémie. Quant aux tests d'efficience intellectuelle, ils paraissent mettre en évidence une amélioration de l'efficience intellectuelle sous l'influence du traitement.

L'A.C.T.H. et la cortisone ne semblent pas constituer des armes thérapeutiques valables en psychiatrie, sauf vraisemblablement pour les anorexies.

Enfin, les bienfaits des traitements hormonaux pour nombre de malades somatiques l'emportent sur les dangers qu'ils peuvent susciter. Cependant, il est préférable de ne pas poursuivre le traitement en cas de signes d'hypercorticisme nets, de manifestations psychiques importantes et d'altérations de l'électro-encéphalogramme. Il faut connaître également le danger majeur de l'atteinte rénale avec possibilité d'accidents vasculaires cérébraux et le rôle favorisant probable des maladies comportant une atteinte cérébrale, telle la périartérite noueuse. Il est possible, enfin, que l'association des hormones avec un médicament tel que l'isoniazide augmente les risques de complications psychiques.

En général, l'existence d'antécédents psychiatriques ne paraît pas prédisposante. Les accidents sont le plus souvent bénins et fugaces.

Paul Abely.

Traitement des syndromes neurosomatiques fonctionnels par électrostimulation du nerf olfactif, par R. David, R. Parlier et A. Lichtwitz. (*La semaine des hôpitaux,* n° 9 du 26 janvier 1957).

Toute une série d'expériences ont montré qu'en stimulant électriquement le nerf olfactif on obtenait, chez l'animal, une réponse du couple diencéphalo-hypophyse, notamment dans le domaine génital. Les auteurs ont, d'autre part appris, grâce aux micro-électrodes de Horsley-Clarke, que les messages olfactifs se projettent avec une intensité particulière dans la région hypothalamique.

Ces faits justifiaient l'essai d'une thérapeutique par électro-stimulation du nerf olfactif (E.S.O.) dans les syndromes neuro-somatiques.

L'un d'eux a mis au point un générateur qui, sous tension continue, délivre des impulsions de forme rectangulaire d'une fréquence de 5 à 500 par seconde et dont la durée peut varier de 0,1 à 5 millisecondes. C'est cet appareil qui leur a paru le mieux adapté aux effets qu'ils recherchaient.

L'électro-stimulation de l'olfactif est indiquée dans toutes les manifestations neuro-somatiques, chaque fois du moins qu'un examen clinique complet permet d'écarter l'existence d'une affection organique curable par d'autres procédés.

Les quatre syndromes végétatif, instinctif, métabolique et glandulaire susceptibles de traduire les désordres neuro-somatiques peuvent être réduits par l'électro-stimulation du nerf olfactif, mais plus particulièrement : l'anxiété, l'asthénie, les palpitations, certains signes fonctionnels d'origine vasculaire, notamment les hypertendus : la boulimie, les obésités et les amaigrissements associés à d'autres symptômes neuro-somatiques : l'impuissance, les manifestations végétatives des Basedow, des pseudo-Basedow ainsi que des myxœdémateux qui ne supportent plus le corps thyroïde.

La proportion respective des guérisons et des échecs est difficile à déterminer, parce qu'on s'adresse à des malades très différents les uns des autres au triple point de vue de la fragilité hypothalamique, de la constitution mentale et des épisodes psycho-affectifs subis. Il est regrettable que les résultats de cette thérapeutique simple, exempte de tout inconvénient, soient imprévisibles. L'électro-stimulation du nerf olfactif permet en tous cas de ne pas laisser partir sans espoir des malades découragés par les échecs des thérapeutiques traditionnelles.

Paul Abély.

Manifestations cliniques comitiales au cours du traitement par la chlorpromazine, par P. Soucachet, P. Doussinet et B. d'Alteroche. Société d'électro-encéphalographie. (*Revue neurologique,* t. 95, n° 6, décembre 1956, p. 566).

Sur 400 malades femmes traitées par le largactil (75 à 200 mgr.), 14 malades ont présenté des manifestations d'allure comitiale dont 5 des crises typiques et les autres des troubles mineurs. Parmi ces malades, 10 avaient subi des thérapeutiques de choc et, parmi ces 10, 4 avaient été lobotomisées. Le type des anomalies électro-encéphaliques revêtent une grande uniformité ; il s'agit d'anomalies temporales bilatérales ou unilatérales : delta polymorphe, pointes, bouffées dysrythmiques. Elles ont régressé lentement après la suppression du largactil. Sur 30 malades soumises au largactil, mais ne présentant aucun incident clinique, 12 ont présenté des anomalies de même type que les 14 malades atteintes de manifestations comitiales.

L. Marchand.

Etude comparative de divers produits ataractiques, par P. Feldman. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 7, janvier 1957).

Au point de vue clinique, 1.450 essais ont été faits sur l'action de la chlorpromazine, sur la combinaison thorazine et réserpine, sur le frenquel, le pacatal et le serpasil. Ils ont porté sur des cas chroniques et surtout sur les réactions schizophréniques. Tous ces produits ataractiques (c'est-à-dire capables de combattre la confusion et l'anxiété) ne sont pas actifs au même degré. La thorazine semble plus efficace et le frenquel moins actif. Ces produits agissent mieux sur les cas récents que sur les cas chroniques. De fortes doses ne semblent pas donner de meilleur résultat que des doses modérées. Les complications (parkinsonisme, jaunisse, modifications sanguines) sont fréquentes avec la thorazine et avec la combinaison thorazine-réserpine. Ces deux produits semblent se potentialiser. Les complications sont rares avec le frenquel. Les malades qui ne sont pas améliorés par l'une de ces drogues peuvent l'être avec une autre. On ne peut attribuer un effet particulier de l'un de ces produits sur une affection mentale déterminée. L'hyperactivité, l'agressivité et la tension répondent le mieux aux ataractiques. L'action de ceux-ci sur l'intelligence, l'affectivité, le jugement, est désappointante.

L. Marchand.

Du traitement psychiatrique nocturne dans un hôpital général, par A. E. Moll. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 8, février 1957, p. 722).

Le « centre nocturne » a pour but de traiter des individus qui sont capables de travailler et qui ainsi ne perdent pas de temps. Le centre fonctionne cinq nuits par semaine et non pendant le week-end. Les malades s'y rendent le soir et y passent la nuit. Un repas peut leur être servi. Les avantages du « centre nocturne » sont les suivants : les malades peuvent suivre un traitement psychiatrique sans interruption de leur travail. Ceux qui ne veulent pas être hospitalisés y viennent facilement. Leurs employeurs ignorent qu'ils suivent un traitement psychiatrique. Cette façon de soigner est économique pour l'hôpital et le malade. Elle ne trouble pas les activités sociales des sujets. Elle permet aux malades de se resocialiser après une hospitalisation continue. Le traitement des malades a lieu durant les heures de la nuit pendant lesquelles leurs activités journalières peuvent être suspendues ; par exemple, une mère de famille peut se faire soigner pendant que le mari vient s'occuper des enfants après son travail.

L. Marchand.

Des effets du Frenquel sur les malades atteints d'une affection chronique, par E. Peak, R. Canestrari et B. Roebuck. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 7, janvier 1957, p. 653).

De leurs recherches chez des malades femmes, les auteurs concluent que le produit n'a aucune action sur les allusions et les hallucinations et que le comportement de ces malades dans leur quartier n'est nullement amélioré.

L. Marchand.

De la promazine chez les schizophrènes chroniques, par J. Barsa et N. Kline. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 7, janvier 1957, p. 654).

Les effets cliniques sont semblables à ceux de la chlorpromazine, mais chez certains sujets il faut administrer des doses doubles de promazine. Chez trois sujets qui prenaient 300 mgr. de promazine par jour, on nota le développement de grandes crises convulsives.

L. Marchand.

Crises épileptiques pendant le traitement par la promazine. Rapport de deux cas sans antécédents de crises, par G. Vœgele et R. May. (*The American Journal of Psychiatry,* vol. 113, n° 7, janvier 1957, p. 655.

La promazine a une composition chimique voisine de la chlorpromazine. Son emploi avait laissé espérer une moindre toxicité et par conséquent des complications plus rares telles que le développement de crises convulsives. Les auteurs rapportent deux cas dans lesquels les sujets présentèrent des convulsions épileptiformes.

La première observation a trait à une femme de 23 ans atteinte de schizophrénie aiguë. Elle est soumise d'abord au traitement par la chlorpromazine durant trois jours puis au traitement par la promazine à la dose de

300 mgr. cinq fois par jour. Le quatrième jour, elle présenta une crise épileptique généralisée.

Le deuxième cas concerne une femme de 30 ans présentant une réaction schizophrénique aiguë type paranoïde. Cinq jours après le début du traitement par la promazine, qui avait atteint la dose de 200 mgr. trois fois par jour, crise épileptiforme généralisée.

Ces deux malades n'avaient jamais présenté d'accidents semblables antérieurement.

L. Marchand.

Effet de la chlorpromazine et de la réserpine sur les budgets des hôpitaux psychiatriques, par W. Tuteur. (*The American Journal of psychiarty*, vol. 113, n° 7, janvier 1957, p. 657).

L'auteur présente un budget dans lequel il compare les dépenses et les avantages portant sur deux périodes de six mois avant et après l'emploi de la chlorpromazine et de la réserpine.

Ce traitement détermine une diminution de la destructivité de l'équipement des quartiers et par conséquent une diminution des frais de réparations des toilettes, des conduites d'eau, des fenêtres, des cloisons. 70 % des malades sont améliorés de sorte qu'ils déchirent moins les vêtements, la literie, les matelas, les toiles de caoutchouc ; ils sont moins incontinents, ce qui facilite le travail du personnel. Sur 257 malades traités, 25 ont pu quitter l'hôpital ; parmi ces derniers, il y eut 5 récidives. Même en tenant compte du prix des médicaments qui ont été donnés à l'hôpital sans augmentation du personnel, de la dépense causée par leur distribution aux malades sortis pour éviter les récidives, on note que le traitement par la chlorpromazine et la réserpine a un effet considérable sur le budget des institutions psychiatriques.

L. Marchand.

Empoisonnement aigu par la chlorpromazine, par A. Samuels. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 8, février 1957, p. 746).

Une femme âgée de 18 ans absorbe pour se suicider de 50 à 100 tablettes de chlorpromazine de 100 mgr. Un lavage d'estomac est pratiqué 25 minutes après. Elle présente un état que l'on peut résumer ainsi : dépression profonde du système nerveux central, somnolence, semi-coma, puis coma, absence des réflexes, tachycardie, contraction des pupilles, convulsions ; réapparition des réflexes 24 minutes après le lavage d'estomac, vision brouillée, parole embarrassée, tremblements ; 56 heures plus tard, la malade ne présente plus d'autres troubles qu'une tendance à la somnolence et on peut rapprocher ces symptômes de ceux provoqués par les antihistaminiques.

L. Marchand.

Des réactions fâcheuses aux produits tranquillisants, par D. Wardell. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, n° 8, février 1957, p. 745).

Au cours du traitement de 250 sujets par des produits tranquillisants, l'auteur a observé les cas suivants :

Un idiot de 15 ans, qui prenait depuis trois semaines un mgr. de réser-

pine par jour, a été trouvé mort après avoir sommeillé. A l'autopsie, on nota une pneumonie.

Un sujet de 28 ans, déficient mental, prend pendant un an deux mgr. de réserpine par jour pour combattre ses tendances agressives, impulsives et destructrices. Au cours d'un repas, il s'asphyxie par bol alimentaire. A l'autopsie, on observe une pneumonie.

Une femme de 30 ans, idiote, prend pendant six semaines une petite dose de réserpine et pendant neuf jours trois mgr. par jour. Au déjeuner, elle avale de la nourriture semi-liquide et elle se met à suffoquer. On ne trouve aucun corps étranger dans son pharynx ; on pratique la respiration artificielle sans succès et la malade meurt. L'autopsie décèle des lésions de bronchopneumonie. La cause de la mort est attribuée à un laryngospasme.

Chez quatre autres malades qui prenaient, soit de la réserpine à la dose quotidienne de 1 à 3 mgr., ou soit de la chlorpromazine à la dose de 100 à 300 mgr., l'auteur a trouvé des symptômes de bronchopneumonie qui, traités, se terminèrent par la guérison. Il se demande si les produits tranquillisants n'ont pas pour effet de masquer certains symptômes d'infections intercurrentes ou s'ils n'ont pas une action sur les voies respiratoires.

L. Marchand.

Programme pour les « psychopathes sexuels » dans un hôpital mental d'Etat, par D. Lieberman et B. Siegel. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 113, n° 9, mars 1957, p. 801).

Dans un hôpital de Californie, il a été réservé une section pour l'hospitalisation des délinquants sexuels. Le rapport porte sur le fonctionnement de cette section pendant deux années. Les particularités de la loi californienne sont précisées, indiquant ce que l'on doit entendre par « psychopathie sexuelle, les bases de la juridiction, la qualification des experts, la procédure pour la mise en liberté du délinquant sexuel et pour son hospitalisation volontaire.

Le règlement comprend deux phases : 1° une période d'observation de 90 jours ; 2° une période de traitements indéterminée. Durant la première période, on précise si le délinquant est un « psychopathe sexuel ». S'il est reconnu tel, on le fait passer dans un autre quartier de l'hôpital, et il est considéré comme tout autre malade.

Sur 284 malades, suivis durant deux ans, 50 % sont des enfants âgés de moins de 14 ans. Après la période d'observation de 90 jours, environ la moitié des malades sont encore maintenus à l'hôpital pour la continuation du traitement. Les autres sont remis au tribunal comme non amendables et ne présentant pas les critères d'une « psychopathie sexuelle ».

Les délinquances sont moins nombreuses durant les mois d'hiver.

Les 284 cas ont été ainsi classés : 1° sujets normaux ; 2° anormaux constitutionnels ; 3° névrosés ; 4° sujets ayant perdu le contrôle du moi. 70 % ont été classés comme névrosés.

La psychothérapie, et surtout la psychothérapie de groupe, la thérapeutique occupationnelle et récréative constituent les principaux traitements ; le psychodrame, le traitement par l'acide carbonique et par l'amytal sont plus rarement appliqués. Comme résultat, trois quarts des malades ont été guéris.

L. Marchand.

Vingt années de leucotomie, par W. Freeman. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine,* vol. 50, n° 2, février 1957, p. 79).

Revue montrant la place prise par la leucotomie dans la thérapeutique psychiatrique. Ce traitement donne les meilleurs résultats chez les malades qui souffrent d'anxiété, d'obsessions. Une tension émotionnelle exagérée représente les meilleurs cas. La leucotomie est socialement dangereuse chez les sujets qui ont des tendances agressives antisociales ; elle ne doit pas être pratiquée chez les individus qui occupent des situations supérieures intellectuelles et sociales. Elle entraîne des troubles profonds de la personnalité. Les psychiatres qui ont suivi leurs malades pendant de longues périodes ont observé des sujets qui avaient conservé leur intelligence et leur sociabilité. Chez les malades chez lesquels une névrose ou une psychose entraîne des modifications de la personnalité, la leucotomie peut être entreprise avec confiance. Dans les statistiques concernant l'état des opérés après l'intervention, on peut admettre qu'il est stabilisé deux ans après.

Chez tout sujet qui a conservé un certain raisonnement après une lobotomie mais qui fait une rechute, le chirurgien ne doit pas hésiter à répéter le traitement. Comme indication, la lobotomie doit être pratiquée si la maladie mentale après six mois d'évolution continue à progresser. En procédant ainsi, on arrive à obtenir avec la leucotomie transorbitaire 88 % à 91 % de bons résultats pendant la première année évolutive, pourcentage qui descend à 40 % à la quatrième année. Un autre avantage de la leucotomie est le suivant : Les malades chroniques finissent par ne plus intéresser leur famille ; la leucotomie peut contribuer à relever la morale de toute la famille. Dans de nombreux cas de désordres psychosomatiques, la leucotomie a donné de très bons résultats.

Chez les malades mentaux tuberculeux, elle entraîne l'amélioration de la tuberculose. Elle est indiquée chez les cancéreux avec douleurs irréductibles et beaucoup moins chez les sujets atteints de causalgie, de tabès dorsal, de névralgies.

L. Marchand.

Le traitement de l'insomnie par l'association d'un hypnotique et d'un antihistaminique (Il trattamento dell'insonnia mediante l'associazione di un ipnotico ed un antistaminico), par L. Librando (de Rome). (*Il Lavoro Neuropsichiatrico,* 11e année, vol. 22, fasc. 1, février 1957, p. 139-146).

35 malades, souffrant d'insomnie à type psychonévrotique marqué, ont été traités par une association hypnotico-antihistaminique, unissant le carbamate d'éthylcyclohéxyl et la bromodiphénydramine, à la dose quotidienne d'un ou deux comprimés de 0 gr. 50 du premier produit et 0 gr. 05 du second. 29 malades ont réagi favorablement au traitement, par le rétablissement du sommeil nocturne et la disparition des troubles cénesthésiques diurnes. Six sujets qui présentaient un état d'excitation accentuée n'ont pas été améliorés. Aucun incident thérapeutique n'a été observé, en particulier aucune somnolence pendant la journée.

V.-J. Durand.

Expériences cliniques sur le blocage végétatif dans le traitement de l'épilepsie (Esperienze cliniche sul blocco vegetativo nella cura dell'epilessia)- par L. D'Argenio (de Sienne). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 45, fasc. 5, 1956, p. 1064-1067).

L'auteur a essayé l'utilisation du blocage végétatif, par administration parentérale de bellafoline et de gynergène, chez 74 épileptiques. Une injection intramusculaire d'un demi-milligramme de bellafoline et d'un quart de milligramme de gynergène est faite chaque jour chez l'adulte ou l'adolescent. Pour l'enfant, la dose est proportionnée au poids et à l'âge. L'application est faite sur le malade à jeun. Le traitement permet d'obtenir, non seulement des modifications vasculaires, mais aussi des changements métaboliques généraux amenant une réduction des phénomènes comitiaux, convulsifs. Par contre, les troubles psychiques ne sont pas améliorés. Peut-être faut-il invoquer un mécanisme d'action diencéphalique pour expliquer l'efficacité thérapeutique sur les crises épileptiques.

V.-J. Durand.

Modifications du tracé électro-cardiographique après électrochoc chez des cardiopathes (Modificazione del reperto elettro-cardiografico dopo elettroshock in cardiopazienti), par A. Giannini et G. Mannironi (de Pise). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 45, fasc. 5, 1956, p. 1073-1076).

Les recherches personnelles des auteurs ont confirmé l'incidence notable des troubles du rythme et de la fréquence cardiaque après électro-choc chez des cardiopathes ; de même, a été observée l'apparition d'anomalies du complexe ventriculaire, en particulier du segment S T et de l'onde T. Ces altérations ont été transitoires et réversibles. Elles correspondent en partie à des variations végétatives brusques produites par le passage du courant électrique à travers l'encéphale, en partie à une plus grande irritabilité des fibres myocardiques en face de l'hypoxémie. La présence de ces perturbations après le choc électrique ne constitue pas, pour les auteurs, dans la majorité des cas, une contre-indication à la poursuite du traitement.

V.-J. Durand.

L'électro-sommeil, par G. Semadeni et M. Tchicaloff (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, 15e année, n° 356, 20 mars 1957, p. 123).

La méthode russe de l'électro-sommeil est proche de l'ionisation transcérébrale de Bourguignon, et basée sur les expériences de Lapicque. On sait que c'est Leduc, en 1902, qui provoqua, le premier, un état narcotique, au moyen d'un courant unidirectionnel. Les auteurs russes ont utilisé un courant continu, interrompu, rectangulaire, passant de l'orbite à l'occiput. Le sommeil serait dû à l'inhibition corticale induite par les noyaux sous-corticaux. L'électro-encéphalogramme montre les ondes typiques du sommeil. La méthode agit surtout dans les schizophrénies de type hallucinatoire et délirant, dans la chorée, dans l'encéphalite rhumatismale. Semadeni et Tchicaloff ont essayé l'électro-sommeil chez vingt malades, soit 80 séances. Dans treize cas, il y eut sommeil assez profond ; dans trois, état de relâchement avec somnolence après la séance ; dans trois, aucune modification ; dans un cas, enfin, apparut une crise hystérique. Les malades traités étaient ainsi

répartis : cinq insomnies psychogènes (amélioration), deux sujets en cure de sommeil au largactil (amélioration), quatre schizophrénies (pas de progrès), deux chorées et un cas de tics (disparition des mouvements pendant le traitement, reprise ensuite), quatre névroses obsessionnelles (échec), deux névroses hystériques (échec). Il semble que la méthode s'applique aux malades présentant un état d'excitabilité corticale psychique, mais à personnalité non modifiée.

V.-J. Durand.

Un aspect de la thérapeutique antialcoolique «fermée» à la lumière des liaisons nerveuses temporaires, par Emile Monnerot (de Prémontré). (*La revue de l'alcoolisme*, 11e année, n° 5, janvier-mars 1957, p. 125-130).

L'auteur étudie les conditions dans lesquelles est appliqué le traitement antialcoolique à l'hôpital psychiatrique de Prémontré. On peut noter que le nombre des entrées pour éthylisme augmente rapidement : par exemple, pas d'alcooliques pour 95 admissions d'hommes et 136 de femmes en 1945, 32 alcooliques hommes pour 253 admissions, 6 alcooliques femmes pour 296 admissions en 1950, 211 alcooliques hommes pour 606 entrées, 39 femmes alcooliques pour 442 entrées en 1955. Il faut encore ajouter à ces malades les cas avec appoint alcoolique. Ayant précisé les modalités de la thérapeutique, l'auteur en indique le mécanisme possible. « On peut assimiler les épreuves de dégoût précédemment citées, du fait de leur répétition, à l'installation de réflexes conditionnés », la réaction organique désagréable associée au stimulus accompagnant l'ingestion d'alcool déterminant la réaction d'éloignement ou la réaction paradoxale. Il est nécessaire d'envisager les liaisons temporaires entre le travail des analyseurs et une réaction organique pénible, pour mieux connaître l'action du traitement antialcoolique.

V.-J. Durand.

Sur l'emploi de la cure de sommeil comme adjuvant dans la tuberculose pulmonaire chez quelques malades mentaux (Sull' impiego della cura del sonno come coadjuvante nella T.B.C. polmonare in alcuni malati di mente), par B. Bizzi et G. Maccagnani (d'Imola). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 1, janvier-février 1957, p. 92-113).

Après un bref exposé des fondements théoriques qui, pour la doctrine du nervosisme de Pavlov, seraient à la base du traitement par la cure de sommeil dans la tuberculose pulmonaire, les auteurs résument particulièrement les diverses recherches de laboratoire exécutées. Sont ensuite donnés les premiers résultats obtenus avec cette thérapeutique, employée, soit seule, soit associée aux médicaments spécifiques. Ils exposent leurs propres expériences sur un groupe de six malades mentaux atteints en même temps de tuberculose pulmonaire. L'association du traitement par le sommeil avec la chimiothérapie et les antibiotiques a permis d'obtenir d'excellents résultats. Après quelques considérations sont indiquées de façon schématique les indications possibles de la méthode, soit en psychiatrie, soit en phtisiologie. Ce sont les tuberculoses pulmonaires sans troubles psychiques, non améliorées par les procédés habituels, les tuberculoses pulmonaires avec troubles psychiques plus ou moins graves. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Travaux récents sur le traitement de l'alcoolisme par le disulfirame, par R. Vieillefosse et H. Weizmann. (*La revue de l'alcoolisme,* 11e année, n° 5, janvier-mars 1957, p. 142-156).

Les auteurs étudient les principaux travaux publiés sur le traitement de l'alcoolisme par le disulfirame entre janvier 1953 et décembre 1956. Certaines modifications ont été observées dans les conceptions au cours des dernières années. Le présent article envisage successivement : les recherches sur le mécanisme de la réaction disulfirame-alcool (accumulation d'acétaldéhyde dans le sang, intervention du disulfirame dans des mécanismes enzymatiques, modifications de certaines constantes biologiques du sang), études physiologiques (thyroïde, surrénales, consommation de l'oxygène, barbituriques, coagulation du sang, électro-encéphalogramme, toxicité, production de sulfure de carbone), conditions et conduite du traitement (choix des malades, question de l'hospitalisation, prétraitement, début du traitement avec tendance à abandonner les épreuves de sensibilisation, prophylaxie et traitement des incidents, post-cure, thérapeutiques associées, psychothérapie, rechutes, résultats), effets secondaires observés au cours du traitement, troubles observés au cours des réactions disulfirame-alcool, applications thérapeutiques diverses du disulfirame en dehors de l'alcoolisme. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

L'emploi du méprobamate dans quelques syndromes psychiatriques et neurologiques (L'impiego del meprobamato in alcune sindromi psichiatriche e neurologiche), par V. Floris et P. Severini (de Rome). (*L'Ospedale Psichiatrico,* 24e année, fasc. 3, juillet-septembre 1956, p. 302-308).

Après avoir rappelé l'essentiel sur la pharmacologie du méprobamate et sur les résultats publiés de son emploi en thérapeutique, les auteurs rapportent leurs observations personnelles. Ils ont utilisé le produit à la dose quotidienne de trois à huit comprimés de 400 mgr. pour une durée d'une semaine à deux ou trois mois. Il s'agissait, soit de malades hospitalisés, soit suivis au dispensaire. Les résultats obtenus ont été les suivants : maladie de Parkinson : cinq sujets : 3 succès, 2 améliorations médiocres ; petit mal épileptique : dix malades : 4 améliorations importantes, 3 médiocres, 3 échecs ; névralgie du trijumeau : trois cas : 2 améliorations médiocres, un échec ; causalgie : un bon résultat ; douleurs par métastases vertébrales : deux bons résultats. Donc, au total, furent notés sur 21 cas : dix améliorations importantes, sept améliorations médiocres, quatre échecs. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Premières observations cliniques sur le Frenquel (Prime osservazioni cliniche sul Frenquel), par Piero Sagripanti (de Voghera). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 243-250).

L'auteur rapporte les résultats obtenus sur une série de 21 malades soumis au traitement par le frenquel. Sur 17 schizophrènes anciens, il y eut dans deux cas interruption des crises d'agitation, sept fois amélioration

partielle avec meilleure sociabilité, huit échecs. Un cas de délire hallucinatoire chronique et un syndrome de Cotard furent améliorés, tandis qu'une mélancolie délirante et une psychose délirante présénile demeurèrent inchangées. Aucun incident ne fut noté. Les doses employées furent de 60 mgr. par jour, pendant un mois. Dans l'ensemble, l'efficacité observée a été moindre que celle signalée par d'autres auteurs. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Sur la thérapeutique acétylcholinique de Fiamberti (Sulla terapia acetilcolinica di Fiamberti), par Widmer Fabbri (de Varèse). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 251-276).

Par une observation faite au bout d'un délai de quatre à dix-sept ans sur 481 cas de schizophrénie traités par l'acétylcholine, suivant la méthode de Fiamberti, l'auteur a pu constater que les améliorations et les guérisons obtenues ont été particulièrement stables et durables. Plus de 90 % des guérisons ont été maintenues. Après avoir passé en revue les données expérimentales sur l'importance du pouvoir médiateur de l'acétylcholine dans la transmission des impulsions nerveuses, l'auteur fait quelques commentaires sur d'autres hypothèses émises pour expliquer le mécanisme d'action curative de l'acétylcholine. Les intéressants résultats du traitement sont un élément important en faveur de la conception de Fiamberti sur l'étiopathogénie des états dissociatifs, par un trouble déficitaire du médiateur chimique au niveau des synapses. L'application de l'acétylcholinothérapie apparaît à l'auteur comme un élément essentiel du traitement de la schizophrénie, surtout à la phase de début. Tableaux. Importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Étude des résultats obtenus par l'emploi de la réserpine à l'hôpital psychiatrique de Reggio Calabria (Studio dei risultati ottenuti con l'impiego della reserpina nell'ospedale psichiatrico di Reggio Calabria). (*Rassegna di Studi Psichiatrici,* vol. 46, fasc. 2, mars-avril 1957, p. 277-288).

L'auteur a employé la réserpine à des doses de 2 mgr., 5 à 20 mgr. par jour, surtout par voie parentérale, plus efficace que la voie orale. La cure a duré de 20 à 90 jours. Le médicament s'est montré très efficace à petites doses dans des états de blocage catatonique et à doses fortes dans des syndromes d'excitation et d'agitation. Il agit en deux phases : la première caractérisée par une somnolence générale, la seconde par une diminution du sommeil et une modification du comportement. A ce moment, peuvent se manifester de l'hyperactivité et une augmentation de la mobilité. Par contre, la troisième phase de rétablissement de la personnalité, signalée par certains, n'a pas été retrouvée. A côté des modifications physiologiques de l'organisme (hypotension, bradycardie, etc.) n'ont été observées ni manifestations d'anxiété, ni complications viscérales. 240 malades ont été traités, dont 180 chroniques et 60 aigus. Les résultats ont été les suivants : amélioration importante : 30 ; amélioration légère : 45 ; amélioration partielle avec surtout comportement plus satisfaisant, ne nécessitant plus la même surveillance : 85 ; échecs : 80. Les résultats obtenus n'ont été considérés

comme valables que si les progrès se maintenaient 60 jours après l'arrêt du traitement. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Comparaison entre le cours de psychoses chez des collatéraux lobotomisés et non lobotomisés (Vergleich über den Verlauf von Psychosen bei lobotomierten und nicht lobotomierten Geschwistern), par David Bental (d'Haïfa). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 79, fasc. 1, 1957, p. 1-26).

L'auteur rappelle tout d'abord les opinions si partagées et opposées sur la valeur de la leucotomie. Montrant certaines ressemblances entre le syndrome résiduel schizophrénique et le syndrome frontal de la leucotomie, il cherche à préciser les conditions de leur différenciation. Pour cela, il étudie une série de psychoses observées chez des collatéraux et dont certaines étaient traitées par leucotomie, d'autres non. Il s'est agi respectivement de trois sœurs atteintes de troubles psychiques de type schizophrénique (l'une fut soumise à une intervention psychochirurgicale), d'un frère et d'une sœur malades (le frère leucotomisé), de deux sœurs présentant une psychose maniaque-dépressive (l'une d'elles fut opérée). Analysant les cas par une catamnèse soigneuse, l'auteur conclut que la leucotomie, étant donné le peu de connaissances précises actuelles, doit demeurer une méthode d'emploi très rare, qu'il faut toujours adopter des procédés sélectifs et partiels et non des coupes totales. Malgré les progrès de la psychopharmacologie, la psychochirurgie conserve, à ses yeux, sa place en thérapeutique. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La Société médico-psychologique ne tiendra, au mois de juillet, qu'une seule séance ordinaire et unique. Cette séance aura lieu le *8 juillet 1957*, à 15 heures 30 *précises*, à l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté, centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV[e] arrondissement).

Conformément à l'article 3 du règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août, ni le mois de septembre.

La séance ordinaire du mois d'octobre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1957*, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI[e] arrondissement).

Nécrologie

Nous avons le regret d'annoncer le décès du Professeur Ernest DE CRAENE, de Bruxelles, membre associé étranger de la Société médico-psychologique depuis 1929.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. MISÈS est nommé médecin du cadre général des hôpitaux psychiatriques et mis, à titre provisoire, à la disposition du Préfet de la Seine.

(*J.O.* du 5 juin 1957, p. 5657).

M. le D[r] WICKER est chargé à titre intérimaire des fonctions de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente).

(*J.O.* du 4 juillet 1957, p. 6612).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique d'Evreux-Navarre (Eure).

(*J.O.* du 12 juin, p. 5883).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique départemental de Stephansfeld (Bas-Rhin), poste créé.

(*J.O.* du 4 juin 1957, p. 5628).

Un poste de médecin est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle).

(*J.O.* du 28 juin 1957).

S'adresser, dans un délai de trois semaines, au secrétariat d'Etat à la Santé publique et à la population (Direction de l'administration générale du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris, 17e.

Vacances de postes d'internes

Plusieurs postes d'interne en médecine sont actuellement vacants à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan). S'adresser à M. le directeur de l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), près de Vannes.

Un poste d'interne est actuellement vacant dans le service du Dr Henri Ey. S'adresser directement au Dr Henri Ey, médecin-chef du service des femmes, hôpital psychiatrique de Bonneval (E.-et-L.).

Concours du médicat des hôpitaux psychiatriques (31 mai 1957)

Composition du jury :

Président : M. le Dr A. Mans, inspecteur général de la santé publique et de la population. *Membres :* MM. les Professeurs Lafon (Faculté de Montpellier), Gaux (Faculté de Lille), MM. les Drs Rondepierre et Boittelle (hôpitaux psychiatriques de la Seine), M. le Dr Picart (médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Bonneval), M. le Dr Christy (médecin de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, Lyon), M. le Dr Bardénat (médecin de l'hôpital psychiatrique de Mustapha, Alger), et M. le Dr Hazeman, inspecteur divisionnaire, directeur départemental de la santé (Seine), représentait le directeur de l'Hygiène sociale.

QUESTIONS POSEES AU CONCOURS

Anatomie et physiologie : Voies de la sensibilité. Anatomie et physiologie.
Pathologie mentale : Anxiété.
Pathologie interne ou hygiène hospitalière : Les hypoglycémies.
Administration : Sorties de malades mentaux des hôpitaux psychiatriques.

65 candidats étaient présents lors de la première épreuve : 40 ont été déclarés admissibles.

Après ces épreuves et les épreuves cliniques, ont été proposés pour remplir les fonctions de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques :

1. M. Ropert Roger ; 2. *ex-æquo :* MM. Bailly-Sallin Pierre et Pouget Régis ; 4. M. Raffart Philippe ; 5. M. du Couédic Hervé ; 6. M. Barande Robert ; 7. M. Vermorel Henri ; 8. M. Lelort Gilbert ; 9. *ex-æquo :* MM. Lemaire Jean et Machin Claude ; 11. *ex-æquo :* M. Boutillier Henri et Mme Effhu Josette ; 13. M. Plas Robert ; 14. M. Ledoux Guy ; 15. M. Chambon Jean ; 16. Mme Baratgin Annie ; 17. M. Florentin Michel ; 18. *ex-æquo :* MM. Delteil Pierre et Rudrauf Jacques ; 20. M. Buisson Jean-François ; 21. *ex-æquo :* MM. Bégoin Jean, Dubor Pierre et Lesage Claude ; 24. *ex-æquo :* MM. Sevestre Pierre et Subra Gérard.

En cas de besoin, si certains des 25 promus ne prennent pas de poste, le secrétariat d'Etat à la Santé publique pourra faire appel aux cinq autres suivants :

26. M. Faure Henri ; 27. M. Dreyfuss Léon ; 28. M. Henry Jacques ; 29. *ex-æquo :* MM. Lotiron Pierre et Racine Yves.

Directeur-gérant : Olivier Garand.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1957 (3e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 91.249. — 1957